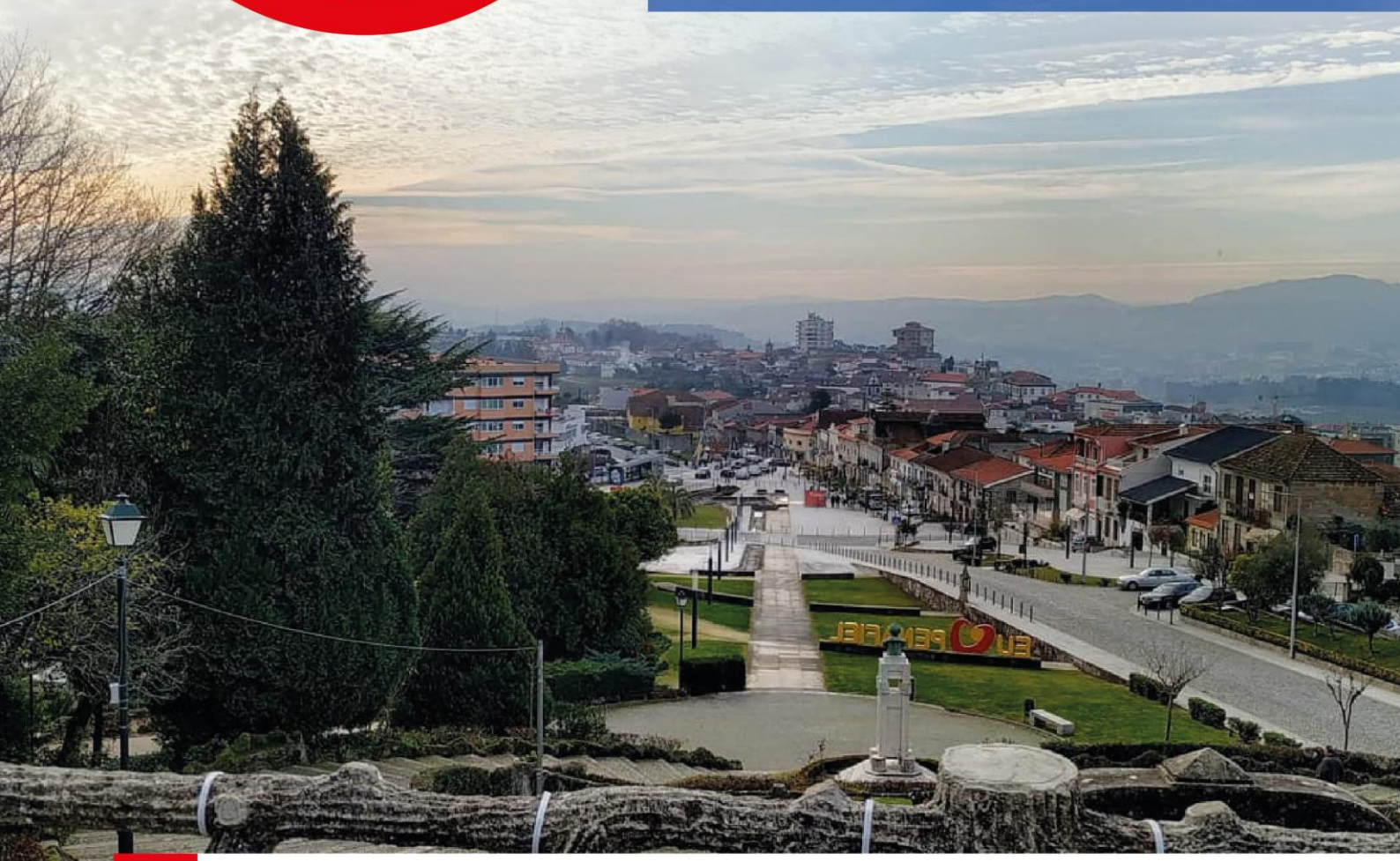
6º Congresso Nacional DA URGÊNCIA

A Imagem e a Urgência

05 a 07 de novembro 2021
Penafiel Park Hotel

CURSOS PRÉ-CONGRESSO
04 a 05 DE NOVEMBRO de 2021



Resumos dos trabalhos

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

CONTRIBUTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA PARA O CONTROLO DO VIH E HEPATITE C EM PORTUGAL

Ana Gorgulho[1]; Inês Vaz Pinto[1]; Catarina Esteves[1]; Mafalda Guimarães[1]; Tomás Mourão[1]; Vítor Magno Pereira[2]; Elisa Xavier[2]; Luís Jasmins[2]; Ana Paula Reis[2]; Nancy Faria[2]; Bruno Freitas[2]; Graça Andrade[2]; Alba Carrodeguas[3]; Diogo Medina[3]
[1]Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; [2]Hospital Dr. Nélio Mendonça; [3]Gilead Sciences

Introdução: Apesar de Portugal apresentar as mais altas taxas de morbimortalidade por VIH-SIDA da Europa Ocidental, menos de 4% da população portuguesa elegível é atualmente rastreada nos cuidados de saúde primários do país. Consequentemente, os serviços de urgência (SU) acabam amiúde por atuar como rede de segurança para as populações mais afetadas pela sindemia do VIH e hepatite C (VHC), caracterizadas pelo seu escasso vínculo aos cuidados de saúde primários.
Objetivo: Aumentar a proporção da população portuguesa elegível rastreada para o VIH e VHC em meio urbano.
Material e métodos: Implementámos um programa de rastreio oportunista de VIH e VHC no SU do hospital A, e de VHC no SU do hospital B, usando a infraestrutura e equipas existentes, auxiliadas por automatismos nos sistemas de registo de saúde eletrónico para identificar a elegibilidade para o teste e requisitar as respetivas serologias sem necessidade de intervenção humana, culminando num consentimento informado verbal aquando da venopunção, respeitando a autonomia e direito de escolha da pessoa.
Constituíram critérios de elegibilidade para o teste (i) ter entre 18 e 64 anos no hospital A, ou entre 18 e 70 anos no hospital B; (ii) ausência de diagnóstico conhecido ou de teste realizado no ano anterior; e (iii) necessidade de exames de sangue para qualquer finalidade no atual recurso ao SU.
Foi dada alta ou seguimento clínico adequado, independentemente do resultado dos testes ou de estes se encontrarem pendentes em laboratório. As pessoas com testes positivos foram contactadas por equipas de enfermagem dedicadas ao programa de rastreio para assegurar e monitorizar a ligação aos cuidados de saúde com médicos especialistas.
Resultados: O programa permitiu rastrear 91% das pessoas elegíveis para o teste no hospital A, e 96% no hospital B. Entre maio de 2018 e agosto de 2021 (40 meses), o hospital A realizou um total de 47.055 testes de anticorpo de VIH (média de 1.176 testes/mês) com uma taxa de seroprevalência de VIH de 0,7%, e 45.893 testes de anticorpo de VHC (média de 1.147 testes/mês) com uma taxa de seroprevalência de VHC de 1,5%. Entre janeiro e junho de 2021 (6 meses), o hospital B realizou um total de 4.631 testes de anticorpo de VHC (média de 772 testes/mês) com uma taxa de seroprevalência de 0,5%. De entre as pessoas com anticorpo positivo para o VHC, 53% eram virémicas para VHC no hospital A e 47% no hospital B.
Conclusões: O rastreio oportunista de VIH e VHC em SU é viável, não disruptivo para o SU, e altamente eficaz no aumento do diagnóstico. Dadas as elevadas prevalências encontradas, a população adulta que procura cuidados urgentes em meio urbano deve ser considerada em risco acrescido para o VIH e VHC no âmbito de políticas robustas de rastreio destes vírus.

CO 02

INFEÇÃO VIH: PRIMEIROS DIAGNÓSTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Inês Ferreira Neves; João Aragão Morais; Margarida Adão Alves; Miguel Póvoas; Margarida Viana Coelho; Teresa Fevereiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de São José

Introdução: O enquadramento gerado pela situação de pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 teve resultado imediato no sistema de saúde, com diminuição da atividade programada e não programada na rede de estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Serviço de Urgência (SU), por ser uma porta de entrada de fácil acesso, é um local preferencial para a

identificação de novos casos de infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Assim, seria expectável que, durante a pandemia, houvesse uma redução do número de diagnósticos de infeção VIH no SU e que os doentes diagnosticados se encontrassem numa fase mais avançada da doença.

Objetivos: Avaliação da frequência de casos de infeção VIH diagnosticadas no SU de um hospital central, sua caracterização e comparação com dados equivalentes de anos prévios à pandemia.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos pedidos de serologias para VIH efetuados no SU, de 1 de janeiro de 2020 até junho de 2021.

Resultados e conclusões: Foram pedidas 2116 serologias no período em estudo. Destas, 38 foram positivas, 36 de doentes do sexo masculino. A média de idades foi 43 anos, com a mínima 25 e a máxima 71 anos. Os motivos da ida ao SU foram principalmente quadros constitucionais (18.42%), sintomas neurológicos (15.79%), sintomas respiratórios (13.16%) e sintomas gastrointestinais (13.16%). 81.58% dos testes foram pedidos por suspeita clínica, 15.79% por contacto de risco. A maior percentagem dos doentes (47.37%) tinha contagens de linfócitos T CD4+ ≤ 200 células/mm^3. Dos doentes diagnosticados, 73.68% mantêm-se em acompanhamento em consulta externa (CE), 18.42% perderam acompanhamento e verificaram-se 7.89% de óbitos.

Comparativamente, no período entre 1 janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2014, por cada 18 meses foram diagnosticados em média 60 infeções de VIH no SU, pelo que há uma redução de 36.7% nos diagnósticos durante o período de pandemia. Uma percentagem semelhante dos pedidos foi feita por suspeita clínica (81.4%). 44.1% dos doentes tinham contagens de linfócitos T CD4+ ≤ 200 células/mm^3, um número apenas ligeiramente inferior ao verificado no presente estudo. Quanto ao *follow-up* dos doentes diagnosticados, um maior número de doentes mantém-se em CE, face aos 55.9% do estudo realizado pré-pandemia e verifica-se um número inferior de óbitos (7.89% *vs.* 9.9%).

Assim, verificou-se uma redução significativa dos diagnósticos de infeção de VIH no SU, face aos números pré-pandemia. No entanto, não se verificou uma maior gravidade da condição clínica dos doentes na altura do diagnóstico ou no número de óbitos. Apesar das restrições impostas na atividade programada devido à pandemia, foi possível manter um número consideravelmente superior de doentes em acompanhamento em CE, até à data.

CO 03

DE WINTER IS COMING

Bernardo Lopes Leitão Vidal Pimentel[1]; Marta Azevedo Ferreir[2]; Beatriz Castro Silva[2]; Eunice Oliveira[2]; Sebastian Parente[2]; Ana Sofia Corredoura[2]
[1]Hospital da Luz Lisboa; [2]Hospital Beatriz Ângelo

Introduction: Occlusion myocardial infarctions (OMI) are life-threatening events. Acute coronary syndromes (ACS) first medical contact occurs **mostly in the emergency department (ED)**. Thereby, ED doctors are primarily responsible for its early diagnosis and management.

Case-report: A 55-years-old man with known medical history of arterial hypertension, diabetes and dyslipidemia, was admitted in the ED with a 15-days onset oppressive thoracic pain with no irradiation, whose intensity abruptly increased in the previous hours. At admission, the patient was hemodynamically stable and with no remarkable findings in the physical examination. Because of an ACS suspicion, an electrocardiogram (ECG) was immediately performed, which revealed a normal sinus rhythm with normocardia and a ST depression with peaked T waves from V3 to V6 along with a discrete ST elevation (0-5-1mm) in aVR, findings suggestive of a “de Winter pattern” but unnoticed at that time. The pain partially resolved with basic analgesia. The laboratory work came later with a normal potassium and a discrete troponin I (TnI) elevation (0.19ug/L, normal <0.16), and a TnI reevaluation was planned. One and a half hours later, the pain abruptly and intensely reemerged along with pallor and diaphoresis. A second ECG immediately performed revealed a ST segment elevation from V2 to V6, and the TnI value at the time was 131ug/L. An urgent catheterization revealed a thrombotic occlusive lesion in the proximal left anterior descendent artery (LAD) and an angioplasty (PCI) was successfully performed.

During the inpatient period, an echocardiogram revealed a *de novo* global systolic disfunction with reduced ejection fraction. The patient was discharged 4 days later, asymptomatic and with medical therapy optimized.

Discussion: MI are classically dichotomized based in ECG criteria in **ST segment elevation MI (STEMI)** and **non-STEMI (NSTEMI)**. However, such classification can be misleading, since at least **25-30% of NSTEMI may have critical lesions**. The **OMI classification** is a classification which encompasses **STEMI and STEMI equivalents**, being a more accurate way of quickly identifying whose patients may have a critical occluion lesion and therefore benefit from PCI. The **"de Winter pattern"** is one of the STEMI equivalent patterns, which includes upslopping ST segment depressions followed by tall and symmetrical T waves in the precordial leads, often accompanied by reciprocal ST elevations in aVR. This pattern is seen in **~2% of acute LAD occlusions** and is often overlooked, which can lead to delays in appropriate treatment and negative impact on morbimortality.

Conclusion: The authors present the case of an OMI where a "de Winter pattern" was initially unnoticed, contributing to its delayed diagnosis and maybe to the patient *de novo* reduced systolic function. Thereby, we urge the medical community **not to overlook STEMI equivalents patterns**.

CO 04

SHOCK INDEX E O VALOR DE LACTATO COMO PREDITORES DE MORTALIDADE EM NONAGENÁRIOS NO SERVIÇO URGÊNCIA

Daniela Ribeiro Alves; João Fonseca; Rosa Jorge; Inês Pinheiro; João Diogo Faustino; Jéssica Krowicki; João Faia; Valter Duarte
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Os nonagenários são uma população em crescimento, e têm maior probabilidade de falecer no decorrer de doença aguda. O reconhecimento precoce dos doentes com alto risco de mortalidade permite uma melhor tomada de decisão. Porém, a complexidade e heterogeneidade destes indivíduos, dificulta a determinação desse risco no serviço de Urgência (SU). No doente agudo, o valor de lactato (VL) e o Shock Index (SI) (frequência cardíaca a dividir pela pressão arterial sistólica), demonstraram uma forte relação com mortalidade. Neste estudo avaliámos se as variáveis SI, VL e a sua combinação são preditores de mortalidade intrahospitalar em doentes nonagenários agudos não traumáticos.

Métodos: Elaboramos um estudo retrospetivo num hospital distrital português. Foram aleatóriamente selecionados mil doentes com mais de 90 anos observados pela equipa de Medicina Interna no SU, entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2018. Os dados foram retirados dos registos hospitalares. Calculamos os SI de cada doente e registamos o VL da gasometria feita imediatamente após a admissão. Elaboramos uma análise comparativa baseada em diferentes valores *cut-off* de modo a definir doentes de alto risco de mortalidade. Foram excluídos 316 doentes.

Resultados: Foram avaliados 684 doentes, com idade media de 93.1±3.3 anos, 35.4% eram homens. Os principais motivos de admissão foram: infeção respiratória (39.6%), insuficiência cardíaca (13.9%), DPOC/asma (12.9%) e infeção urinária (8.0%). Nenhumas das variáveis clínicas se relacionaram estatisticamente com o risco de internamento. No entanto, a mortalidade intra-hospitalar estava fortemente associada a maior SI (0.68 vs 0.87, p< 0.0001) e VL mais alto (0.89 vs 1.81, p< 0.0001). Doentes com SI≥ 1.0 tiveram maior mortalidade comparados a doentes com SI<1.0, 37.5% vs 21.2% respetivamente (RR 1.98, 95% CI 1.34- 2.94,p< 0.0007). Um VL ≥2.0 estava associado a maior mortalidade do que um VL<2.0, 42.6% vs 14.7% respetivamente (RR 2.89, 95% CI 2.21-3.78,p< 00001). Por outro lado, a combinação das duas variáveis (SI≥ 1.0 e VL ≥2.0) permitiu prever mortalidade em 46.2%, no entanto não de forma tão significativa como o VL isoladamente (RR 2.83, 95% CI 1.69-4.74, p< 0.0001), na medida em que um menor número de doentes de risco era identificado.

Conclusão: Em doentes nonagenários agudos não traumáticos quanto maior o SI e o VL maior a mortalidade. Porém, quando comparados, o uso

isolado do VL à admissão parece ser um preditor mais efectivo de mortalidade intrahospitalar.

CO 05

ROTURA DA ARTÉRIA EPIGÁSTRICA INFERIOR - UM CASO RARO DE HEMATÚRIA

Mariana Lessa Simões; Ana Coelho Gomes; Filipa Tavares; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Os pseudoaneurismas da artéria epigástrica inferior são maioritariamente secundários a procedimentos abdominais e manifestados por hematoma da parede abdominal, sendo a rotura espontânea rara.
Caso clínico: Mulher de 62 anos, internada num Hospital Distrital, por insuficiência cardíaca aguda e fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, cumprindo anticoagulação (AC) com enoxaparina. Por intercorrência de choque hemorrágico por hematúria com disfunções cardiovascular e renal, realizou TC abdomino-pélvica (AP) que evidenciou massa pélvica com 15x15cm sugestiva de hematoma. Foi transferida para o Serviço de Urgência do Hospital Central de referência, onde realizou angio-TC AP que confirmou hematoma extraperitoneal com origem em pseudoaneurisma de um ramo da artéria epigástrica inferior esquerda (EIE), e presença de bolhas gasosas à periferia do hematoma, justa-vesicais, sugerindo fistulização vesical; mostrou ainda trombose venosa profunda (TVP) das veias femoral e ilíaca esquerdas. Foi realizada ressuscitação volémica com lactacto de Ringer e suporte transfusional, reversão da AC com sulfato de protamina, e terapêutica endovascular – arteriografia EIE seguida de embolização arterial, realizada pela equipa de radiologia de intervenção de outro Hospital. Na decorrência, foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva. Pela extensão da TVP e contraindicação para AC, foi colocado filtro da veia cava inferior; no mesmo tempo cirúrgico, foi realizada cistografia que confirmou rotura vesical extraperitoneal em comunicação com o hematoma, tendo-se optado por manter estratégia conservadora – algaliação e lavagem vesical contínua de baixo débito. Foi reiniciada AC em dose profilática e, por evolução clínica e laboratorial favorável, a doente foi transferida para o Serviço de Medicina Interna. Por evidência de rotura do ureter direito em angio-TC AP de revisão, foi submetida a colocação de cateter JJ; por infecção secundária do hematoma cumpriu antibioterapia e foi submetida a drenagem do hematoma e cistorrafia. Resolvidos os problemas major e comprovada evolução clínica favorável, foi transferida para o Hospital Distrital de origem.
Conclusões: A rotura da artéria EIE espontânea é rara e, habitualmente, manifesta-se por hematoma da parede abdominal; à luz do nosso conhecimento, não existem casos descritos cuja apresentação clínica tenha sido por hematúria.

CO 06

SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PORTUGAL, UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO SAZONAL

Cátia Machado[1]; Pedro Damião[1]; Ana Tedim[2]
[1]USF Fénix de Aveiro; [2]Departamento de Matemática UA

Introdução: O serviço de urgência em Portugal tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. De acordo com as valências obrigatórias existentes no serviço de urgência podemos dividir, de modo geral, as admissões em gerais, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas. A evolução das admissões ao longo dos últimos anos, bem como a sua possível sazonalidade, são importantes para uma organização adequada do sistema de saúde e aproveitamento correto dos recursos humanos e materiais.
Objetivos: Descrição da evolução temporal do número e tipo de urgências e verificação da existência de sazonalidade entre 2013 e 2019.
Material e métodos: Realizado um estudo observacional descritivo com dados extraídos da base de dados Portal da Transparência, com um total de 43,909,582 ocorrências, admissões no serviço de urgência entre janeiro/2013 e dezembro/2019 categorizadas por área clínica em Geral, Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatra e Total. Análise estatística realizada usando programa R (3.4.2) com valores de p (p) <0.05 considerados estatisticamente significativos. Criados cinco modelos

lineares, correspondentes a cada área de urgência, para as séries temporais de janeiro/2013 a dezembro/2019, com um componente de tendência e um componente sazonal, aproximado por termos de Fourier.
Resultados: Observou-se um aumento no número de admissões na urgência geral (coeficiente de tendência = 316.6, p<0.001), urgências obstétricas (coeficiente de tendência = 84.0, p<0.001) e número total de urgências entre 2013 e 2019. Há uma diminuição no número de urgências psiquiátricas (coeficiente de tendência = -1.2, p <0.001). A diminuição da urgência pediátrica observada não é estatisticamente significativa (coeficiente de tendência = -22.4, p = 0.5). Todos os tipos de urgência têm um ou mais componentes periódicos associados a padrões sazonais, com um máximo de ocorrências em agosto para a urgência geral e um mínimo no mesmo mês na urgência de pediatria.
Conclusões: Observam-se padrões sazonais para todos os tipos de admissões de urgência. Os resultados sugerem que a alocação de recursos para o serviço de urgência deve refletir as variações periódicas.

CO 07

MUTAÇÃO PAI-1 4/4G COMO SUBSTRATO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO NA PRESENÇA DE MAIS FATORES DE RISCO

Cláudia Queirós; Maria Margarida Rosado; José Maia Sousa; Nuno Bernardino Vieira; Luísa Arez
Hospital Portimão

Introdução: A trombose venosa cerebral é um tipo de doença cerebrovascular rara, mais comum no sexo feminino e no jovem. Os fatores de risco incluem situações que promovam estados de hipercoagulabilidade como neoplasia, trombofilias, gravidez ou fármacos, como os contracetivos orais (CO). Os sintomas variam com o local e a extensão do território afetado, sendo o mais comum a cefaleia. O inibidor do ativador do plasminogénio tipo 1 (PAI-1) é uma molécula associada à patogénese de eventos trombóticos.
Caso clínico: Mulher, 43 anos, com história de obesidade e psicose aguda transitória, medicada com quetiapina, risperidona e CO, e com antecedentes familiares de AVC na mãe e irmã em idade jovem. Recorreu Serviço de Urgência (SU) por cefaleia com três dias de evolução, associada a vómitos e amnésia temporal. Analiticamente com elevação dos D-dímeros (6651ng/dL). A Tomografia Computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) revelou hiperdensidade marcada do segmento posterior do seio longitudinal superior e do seio reto consistente com trombose venosa, que veio a ser confirmada com Angio TC-CE e com Veno TC-CE. A Angio-TC do tórax revelou tromboembolismo pulmonar à esquerda, prova-velmente crónico. A doente iniciou anticoagulação com enoxaparina, com posterior *bridging* para varfarina.
Do estudo etiológico realizado, apenas foi positiva a identificação de mutação do gene PAI-1 com polimorfismo 4G/4G em homozigotia. A doente cessou a toma de CO de forma definitiva e cumpriu 6 meses de anticoagulação, sem recorrência de eventos trombóticos.
Conclusão: A relação entre eventos trombóticos e o sexo feminino está fortemente associada à gravidez, puerpério e uso de CO. A relação entre a mutação PAI-1 4G/4G e a trombose do seio venoso ainda está em estudo. Neste caso foi assumida como causa mais provável a toma de CO, uma vez que tem relação melhor estabelecida, porém, a presença da mutação PAI-1 4G/4G poderá ter contribuído para o aumento do risco trombótico.
Dado o principal fator de risco trombótico ser transitório, após discussão multidisciplinar e avaliação do risco-benefício, optou-se por suspender a anticoagulação após 6 meses. Importa manter o seguimento destes doentes, com pesquisa ativa de sinais de alerta.

CO 08

CETOACIDOSE DIABÉTICA: CASUÍSTICA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Miguel Monteiro; Teresa de Mendonça; Sofia Rodrigues de Carvalho; Carolina Ventura; Marina Mendes; Zélia Lopes; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE/ Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação da hiperglicemia e um dos principais motivos de procura do serviço de urgência e de morbimortalidade em doentes diabéticos.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes com CAD admitidos no serviço de urgência (SU) de um centro hospitalar: dados epidemiológicos, sintomas apresentados, fator precipitante, resultados laboratoriais, complicações e gestão do doente.
Material e métodos: Estudo retrospetivo e transversal baseado na revisão de episódios de urgência e consulta do SClínico de doentes observados no SU entre 1 de janeiro de 2015 e 30 de setembro de 2021 com diagnóstico de CAD. Análise efetuada com SPSS versão 28.0.
Resultados: No período analisado, foram admitidos 63 doentes com CAD. A idade média foi 41.7 anos com predomínio do sexo masculino (57.1%), a maioria (87.3%) apresentava Diabetes Mellitus tipo 1 e 88.9% dos doentes realizava insulinoterapia prévia.
O sintoma mais relatado foi náuseas (63.5%), seguido de dor abdominal (39.7%) e dispneia (36.5%). O valor médio de glicemia foi 648.08 mg/dL e de pH 7.08. O valor médio de leucócitos foi de 18337 /uL. A maioria dos doentes (68.3%) apresentava lesão renal aguda (LRA) - aumento de pelo menos 0.3 mg/dL da creatinina sérica ou 1.5x valor basal - com creatinina média de 2.44 mg/dL.
O fator precipitante mais vezes identificado foi o incumprimento terapêutico (57.1%), seguido de infeção (34.9%), sendo as infeções respiratórias (45.45%) e as urinárias (22.72%) as mais comuns.
A maioria dos doentes (65.1%) apresentava pelo menos um episódio prévio de CAD.
O protocolo de tratamento hospitalar da CAD foi instituído em 92.1% dos doentes. Apenas 19% dos doentes apresentaram hipoglicemia, 36.5% hipocalémia e não se registou nenhum caso de edema cerebral.
A mortalidade no SU foi de 3.2%, tendo a maioria dos doentes sido orientados em Unidade de Cuidados Intensivos Nível 2 (SMI) (66.7%) e 28.6% em Enfermaria de Medicina Interna. O tempo médio de internamento em SMI foi de 1.75 dias e tempo médio de internamento hospitalar de 6.40 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 7.9%.
Conclusões: A CAD apresenta-se com sintomas vagos como náuseas, dor abdominal e dispneia. É necessário aferir se o doente diabético cumpre insulinoterapia e procurar possíveis infeções, visto serem os precipitantes mais comuns. A reposição hídrica é essencial na abordagem da CAD, com a maioria dos doentes a apresentar LRA, refletindo o seu estado de desidratação. O protocolo hospitalar de tratamento da CAD revelou-se seguro, sem registo de complicações na maioria dos doentes.

CO 09

SÍNDROME DE BRASH: UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Mariana M. Esteves; Rita Reis Bragança; Sandra A. Morais
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A síndrome BRASH (*Bradycardia, Renal Failure, AV nodal blockade, Shock, and Hyperkalemia*) surge pela sinergia entre hipercalémia e fármacos bloqueadores do nó auriculoventricular (BNAV), provocando bradicardia. Dada a redução do débito cardíaco pela bradicardia, a perfusão renal é afetada, causando lesão renal (LRA) exacerbando a hipercalémia. Não contido, este ciclo pode progredir para disfunção multiorgânica com choque.
Métodos: Análise dos processos clínicos de doentes internados de 01.01.2018 a 31.12.2020 (n=493), com o diagnóstico de Bradicardia (R00.1). Incluídos doentes ≥ 18 anos e associação de bradicardia, LRA, toma de fármacos BNAV, choque e hipercalémia. Recolhidas informações clinico-laboratoriais. Análise estatística no SPSS, com $p<0.05$ considerado estatisticamente significativo.
Objetivo: Avaliar a relevância clínica da síndrome BRASH.
Resultados: Incluídos 39 doentes (51,3% homens), idade média de 80,7 ± 9,9 anos. Duração mediana do internamento de 6 dias com intervalo interquartil (IIQ) de 9-57 dias. Medicados em ambulatório com diurético (89,7%), βbloqueador (84.6%), IECA (64.1%), BCC (41%), digitálico (35,9%), ARA (12,8%) e amiodarona (10,3%). Frequência cardíaca (FC) média de 37,2 ± 8,7 bpm. A mediana da creatinina foi 2,6mg/dL e da ureia 136mg/dL, média de potássio 6,4mEq/L, à admissão.
A etiologia da descompensação foi infeção/sépsis

(41%), aumento recente de fármacos nefrotóxicos (33,3%) e hipovolémia (30,8%).
Em todos foi descontinuada a medicação BNAV. Foi instituída terapêutica com vasopressores em 35,9% e diálise em 12,8% doentes. Admitidos em UCI 10,5%.
Doentes com infeção/sépsis apresentaram tempo de internamento superior (p=0.032).
Doentes sob diurético apresentavam valor de ureia superior nos 3 meses prévios (p=0.036). O valor da ureia à admissão associou-se a maior mortalidade no internamento (p=0.003).
O aumento recente de fármacos BNAV correlacionou-se com potássio mais elevado à admissão (p=0.014), que por sua vez se correlacionou com FC mais baixas (p=0.003).
Doentes em UCI tinham idade inferior (p=0.04), creatinina superior (p=0.007) e PAM inferior (p=0.01) à admissão.
Creatinina elevada à admissão correlacionou-se com valores mais elevados de ureia (p<0.001) e potássio (p=0.002), PAM (p<0.001) e FC inferiores (p=0.003).
A mortalidade durante o internamento foi 17,9%. A taxa de reinternamento aos 90 dias foi de 38,7%. Curiosamente, verificou-se uma correlação muito forte (r=0.802) entre a mortalidade nos 90 dias pós-alta e uso de amiodarona (p=0.006).
Conclusão: A síndrome BRASH é uma entidade subdiagnosticada, cujas alterações basilares são a hipercalémia e a bradicardia. A identificação precoce desta entidade permite uma abordagem dirigida evitando intervenções invasivas desnecessárias. É expectável que com o envelhecimento populacional e o advento da polimedicação, a síndrome de BRASH se torne mais frequente.

C0 10

A PRIMEIRA CONSULTA DE REAVALIAÇÃO APÓS URGÊNCIA A NÍVEL NACIONAL – UMA MAIS VALIA?

Cristiana Almeida; António Gonçalves; Nuno Sá; Soraia Almeida; Mariana Quaresma; Isabel Almeida
Hospital Santo António

Introdução: A maior afluência às urgências hospitalares, numa população envelhecida, com doenças crónico-degenerativas e a preferência destes serviços para resolução de agudizações do seu quadro clínico, associado à necessidade de reavaliação (clínica, analítica e/ou imagiológica) dos utentes, conduzem muitas vezes a permanências hospitalares mais prolongadas, quer em urgência quer em internamento de curta duração, contribuindo para disfunção logística e consequente insatisfação global. Com vista à melhoria dos cuidados de saúde prestados, garantindo assistência clínica precoce, confirmação de adequabilidade na resposta à terapêutica instituída, diminuição da permanência hospitalar e otimização na orientação para outras especialidades e na interação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), em 2017 foi criada a Consulta de Reavaliação Após Urgência (CRAU), a primeira da realidade nacional.
Objetivo: Caraterizar a CRAU da nossa instituição, nomeadamente o perfil de doentes avaliados e a sua orientação.
Material e métodos: Estudo retrospetivo dos doentes avaliados em CRAU entre julho de 2017 e setembro de 2021, determinando as suas caraterísticas demográficas, tempo decorrido até reavaliação e motivo, orientação após consultas e benefícios diagnósticos para os utentes.
Resultados: Total de 2752 consultas (1759 primeiras, 993 subsequentes). Predominância de utentes do sexo feminino, com média de 66 anos à data da 1ª observação (17-99 anos), oriundos da área de referenciação da instituição (>80%), com boa adesão à consulta (>80% sem faltas) e média de aproximadamente 6 dias entre a admissão na urgência e a 1ª CRAU. Principal motivo de reavaliação: causa infeciosa aguda (49%). Outros motivos: descompensação de patologia crónica (25%), patologia aguda não infeciosa (20%), início de estudo etiológico de situações não esclarecidas (6%). A maioria com melhoria do seu estado clínico, menos de 6% necessitou de reingresso na urgência por ausência de resposta à terapêutica instituída ou patologias adicionais. À data de alta da CRAU, a maioria regressou aos CSP (>60%), restantes beneficiaram de seguimento adicional em consultas diferenciadas hospitalares (Medicina Interna ou outras especialidades (12%)) por diagnósticos adicionais realizados.
Conclusão: A existência de uma CRAU em meio hospitalar beneficia quer utentes quer a própria

instituição. A seleção de utentes destinados a CRAU, admitindo menor risco de complicações e apoiando a autonomia destes em ambulatório, é de suma importância, permite maior adesão e responsabilização terapêutica e mobilização precoce da urgência e internamento de curta duração, otimizando recursos, e possibilitando ainda uma adequação da orientação ulterior.

CO 11

"INCIDENTALOMA" APÓS VACINA COVID-19: DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Leila Duarte; Rui Gomes; Mariana Dias; Henrique Barbacena; Maria José Pires; Ana Gomes; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A leucemia promielocítica aguda (LPA) é um subtipo pouco frequente (10 a 15%) de leucemia mieloblástica aguda (LMA), caracterizada por alterações genéticas específicas envolvendo os genes PML e RARα. Após a identificação destes genes e do seu transcrito, a LPA converteu-se numa das LMA potencialmente tratáveis, apresentando geralmente bom prognóstico.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 45 anos, sem antecedentes pessoais ou alergias medicamentosas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por petéquias nos membros inferiores com 24h de evolução, seguido de hematomas dispersos nos membros superiores e inferiores e, posteriormente, episódio de gengivorragia de difícil controlo. Negava queixas respiratórias, gastrointestinais ou febre. Referiu administração de 2ª toma de vacina Pfizer® para o SARS-CoV-2 cerca de 24h antes do início do quadro. Da avaliação laboratorial destaca-se: pancitopénia com anemia normocítica normocrómica, Hb 12.9 g/dL, 1.700/µL leucócitos, 940/µL neutrófilos, 590/µL linfócitos e 4.000/µL plaquetas; VS 2 mm, INR 1.49, aPTT 28/29", D-dímeros 35.99 µg/mL, fibrinogénio 158 mg/dL, função renal normal sem alterações iónicas, ácido úrico 5.9 mg/dL, transaminases e γGT sem alterações, bilirrubina total 1.56 mg/dL, LDH 374 U/L, PCR 4.70 mg/dL, PCT 0.11 ng/dL. No esfregaço de sangue periférico observou-se dois promielócitos suspeitos, ainda que não se pudesse afirmar que se tratassem inequivocamente de promielocitos atípicos. Como diagnóstico diferencial colocou-se púrpura trombócitopénica imune (PTI) e LPA sendo necessária a realização de mielograma de urgência, que revelou: medula óssea hipercelular com infiltração por promielócitos atípicos, hipergranulares (98 % da celularidade total), hipoplasia das restantes séries hematopoiéticas, confirmando morfologia e FiSH compatíveis com LMA com a t (15; 17) (q22; q21). O doente iniciou no SU dexametasona 40 mg, ácido trans-retinoico (ATRA) 45 mg e realizou 1 pool de plaquetas. Foi internado, tendo alta após 66 dias de terapêutica com corticoides, trióxido de arsénio e ATRA.
Conclusão: O diagnóstico diferencial entre PTI e LPA foi fundamental para a orientação terapêutica correta. No caso clínico apresentado realça-se como a precocidade na instituição da terapêutica tem impacto no prognóstico.

CO 12

HIPONATREMIA AGUDA E OS SEUS EFEITOS NEUROLÓGICOS

Raquel Covas; José Miguel Rocha; Eduardo Macedo; Gonçalo Santos; Filipa Rodrigues; Ilídio Brandão; Maria Isabel Apolinário; Ana Rita Marques
Hospital de Braga

Mulher, 80 anos, sem patologia crónica nem medicação habitual. Anemia ferropénica em estudo.
Trazida ao serviço de urgência após crise convulsiva parcial com generalização tónico-clónica secundária, com duração de cerca de 10 minutos, com mordedura de língua e incontinência de esfíncteres e necessidade de 10mg de diazepam para resolução de crise convulsiva. Teria começado no próprio dia preparação para estudos endoscópicos, à base de picossulfato sódico + óxido de magnésio (Citrafleet®). À admissão, cerca de 30 minutos após crise, doente inconsciente, com Escala de Coma de Glasgow 5 pontos, pupilas mióticas, sem pestanejar à ameaça, sem assimetrias faciais. Apirética, hemodinâmicamente estável. Gasimetria arterial sem insuficiência respiratória, sem hiperlactacidemia, a revelar hiponatremia grave – 114 mmoL/L.
Analiticamente confirmada hiponatremia grave, sem outros distúrbios iónicos, e rabdomiólise, sem

lesão renal. Tomografia computorizada cranioencefálica sem alterações de relevo e eletroencefalograma revelou encefalopatia moderada, com atividade lenta delta generalizada bilateral (sugestivo de disfunção), sem atividade epileptiforme, excluindo estado de mal não convulsivo.
Iniciou reposição salina e levetiracetam endovenoso para prevenção de nova crise. Durante permanência no serviço de urgência sem evidência de melhoria do estado neurológico, com deterioração do estado geral por pneumonite de aspiração na sequência da depressão neurológica e agravamento de rabdomiólise com ligeiro agravamento da função renal. Assumido prognóstico muito reservado e internada na Medicina Interna para continuação de correção lenta da natremia.
Ao quarto dia de internamento, doente com retorno espontâneo ao estado de consciência habitual. Apresentava Escala Coma de Glasgow de 15, com amnésia para o evento, sem défices neurológicos de novo. Analiticamente com natremia de 140 mmoL/L. Sem novas crises durante o internamento, acabando a doente por ter alta em esquema de desmame de levetiracetam e reavaliação em consulta de Neurologia.
Portanto, crise convulsiva em contexto de hiponatremia grave, de instalação súbita, associada a preparação cólica para estudos endoscópicos. As preparações à base de fosfato sódico e citrato de magnésio atuam através de efeito osmótico no trato intestinal, diminuindo a absorção iónica, devendo ser evitada, particularmente em doentes com idade mais avançada, por risco elevado de distúrbios hidroeletrolíticos severos e lesão renal. A hiponatremia aguda associa-se comumente a complicações neurológicas, como edema cerebral, convulsões ou coma. A correção da hiponatremia deve ser inferior a 10 mEq/24h, para evitar a desmielinização osmótica, mas no caso de complicações graves deve ser feita correção inicial com solução salina hipertónica, com alvo de reposição de 4 a 6 mEq nas primeiras duas horas, para evitar herniação cerebral associada a edema.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PA 01

A RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO ELETROCARDIOGRÁFICO *SHARK FIN* E O CONSUMO DE COCAÍNA

Jéssica Krowicki; Inês Pinheiro; Ana Sofia Montez
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O vasoespasmo coronário e consequente enfarte agudo do miocárdio (EAM), no contexto de abuso de alcalóides, nomea-damente cocaína, é uma entidade conhecida, associando-se a uma elevada taxa de mortali-dade. O padrão electrocardiográfico conhecido como QRS-ST-T triangular, associa-se a lesão miocárdica e acarreta um prognóstico reservado pela possibilidade de evolução em choque cardiogénico ou fibrilhação ventricular.
Caso clínico: Homem, 29 anos, admitido no SU por trauma torácico por arma branca cortoperfurante, com ponto de entrada entre a linha axilar e o 4º/5º espaço intercostal. Apresentava ECG com padrão de elevação do segmento ST-T difuso (morfologia *shark-fin*) e EcocardiogramaTT a revelar depressão severa da FEVE, assim como hipocinésia marcada das paredes anterolaterais. Evolução clínica em Killip IV, tendo sido iniciada ressuscitação volémica e vasopressora. Por hemopneumotórax esquerdo, foi efectuada toracocentese evacuadora. Após estabilização do quadro agudo verificou-se normalização do traçado eletrocardiográfico e ecocardiogramaTT com melhoria da contractilidade segmentar. A pesquisa de drogas de abuso na urina foi positiva para consumo de cocaína e benzodiazepinas. A Coronariografia não identificou lesões, apresentando fluxo lento intracoronário na artéria descendente anterior. A ventriculografia demonstrou um ventrículo esquerdo dilatado, com hipocinésia da parede inferior e do segmento apical.
Perante estes achados, assumiu-se a presença de vasoespasmo coronário com oclusão da descendente anterior e posterior reperfusão, em contexto de consumo de cocaína.
Discussão: A abordagem precoce, a estabilização aguda do doente e o reconhecimento do traçado eletrocardiográfico foram essenciais para a compreensão do caso clínico supracitado. A elevada taxa de mortalidade associada ao padrão de ECG observado, associado ao abuso de cocaína e relação com EAM, exige celeridade na identificação e abordagem, de forma a minimizar complicações.

PA 02

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR EM TEMPOS DE PANDEMIA - A PERSPECTIVA DA MEDICINA INTERNA

Cristina Isabel Moreira Marques; Carina Costa e Silva; João Mota; Márcia Ribeiro; Ana Ogando
Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

I: O transporte do doente crítico requer meios avançados de monitorização e terapêutica, sendo aconselhável que equipas treinadas e experientes o façam, de modo a minimizar os riscos inerentes a este. Nos hospitais periféricos nem sempre é possível a presença de equipas dirigidas, sendo este muitas vezes realizado pela Medicina Interna (MI).
O: Caracterizar e quantificar o papel da MI nos transportes do doente crítico durante a 1ª vaga da pandemia de SARSCOV2
M: Estudo retrospetivo descritivo dos doentes submetidos a transporte inter-hospitalar
R: Durante o período de 25 de março a 31 de maio de 2020, foram abordados no Serviço de Urgência pela MI um total de 772 doentes, com idade média de 69.63 anos, sendo 52.2% (n=403) mulheres e 48.8% (n=369) homens. Destes 5% (n=44) foram transferidos para centro hospitalar hospital de nível 2 ou 3 dada a necessidade de escalada de cuidados. Todos os doentes transferidos estavam aos cuidados da MI sendo que o seu transporte foi por estes realizado. Foram transferidos 27.2% (n=12) para unidades de nível 2, 27.2% (n=12) para unidades de nível 3, 45.6% (n=20) para unidade de cuidados intensivos coronários. A patologia mais frequente foi o enfarte agudo do miocárdico, 22.7% (n=10), seguido das disritmias cardíacas, 13.6% (n=6), das pneumonias, correspondendo as bacterianas a 6.8% (n=3) e SARS-COV2 por 4.5% (n=2). Com igual prevalência o tromboembolismo

pulmonar e as doenças neurológicas em 4.5% (n=2) cada. Outras patologias menos frequentes foram o choque hemorrágico 2.2% (n=1), séptico 2.2% (n=1) e cardiogénico 2.2% (n=1).
C: O transporte inter-hospitalar apresenta requisitos mínimos. Muitas vezes nos hospitais periféricos a escassez de recursos humanos obriga à organização das equipas de urgência de modo a garantir uma resposta adequada. A MI é muitas vezes responsável pela transferência do doente crítico, muitas vezes com escassos recursos ao seu dispor, o que obriga a uma gestão ludibriosa destes. Com este trabalho os autores pretendem alertar para o número de transferências cada vez maior, o que requer melhor gestão de recursos e maior diferenciação dos elementos das equipas. Pretende-se ainda alertar para a necessidade de formação das equipas do serviço de urgência, em todas as suas vertentes e especialidades, uma vez que elementos menos diferenciados não raras vezes são confrontados com estas situações.

PA 03

CHOQUE OBSTRUTIVO EM TEMPO DE PANDEMIA: IMPACTO EM DOENTES NÃO COVID-19

Mariapires; Mariana Simões; Ana Coelho Gomes; Filipa Tavares; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Durante a pandemia COVID-19, o receio de infeção e o dever de cumprimento das indicações governamentais pode ter levado a um atraso na procura de cuidados de saúde e a um aumento da morbilidade e mortalidade. A vigilância, os cuidados de isolamento e o tratamento dos doentes infetados tem sido imperativa, pelo que o foco da abordagem ao doente foi desviado para a infeção pela COVID-19 e a abordagem médica da dor torácica e dispneia foi afetada.
Caso clínico: Apresentam-se dois casos de choque obstrutivo, que recorreram ao serviço de urgência (SU) por dor torácica e dispneia:
Mulher, 26 anos, obesa e sob anticoncetivo oral. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por toralcalgia, palpitações e síncope. Encontrava-se sudorética, taquipneica, hipotensa, taquicárdica e com ingurgitamento jugular.
Apresentava no eletrocardiograma (ECG) taquicardia sinusal e, laboratorialmente, elevação dos D-dímeros, troponina T e NT-proBNP. O exsudado nasofaríngeo (ENF) para COVID-19 foi negativo. A angioTC evidenciou tromboembolismo pulmonar agudo central com enfarte pulmonar e disfunção cardíaca direita. Foi submetida a fibrinólise com alteplase e realizou estudo de estado pró-trombótico e autoimune, negativo. Teve alta cinco dias depois, hipocoagulada.
Homem, 56 anos, fumador, obeso, hipertenso e com antecedentes de adenocarcinoma do cólon. Recorreu ao SU na véspera da admissão por dispneia com 3 dias de evolução e taquicardia, realizou colheita de ENF para COVID-19 e teve alta a aguardar resultado que foi negativo. Após 24 horas, recorre ao SU por agravamento da dispneia e síncope.
Encontrava-se vígil, polipneico, sudorético, hipotenso e taquicárdico, com sons cardíacos hipofonéticos, aumento do tempo expiratório e sibilos dispersos bilateralmente e empastamento gemelar à esquerda.
Gasimetricamente em ar ambiente uma acidémia mista com hiperlactacidémia e no ECG, taquicardia sinusal. Verificou-se agravamento do quadro com paragem cardio-respiratória em atividade elétrica sem pulso. Foi detetado derrame pericárdico com tamponamento cardíaco e realizada pericardiocentese de 1400 mL de sangue, com recuperação de ritmo cardíaco após 47 minutos de suporte avançado de vida. Contudo, o doente faleceu após dois dias.
Conclusão: Os casos apresentados ilustram como o medo resultante da pandemia levou a diagnósticos tardios de doenças potencialmente fatais em doentes não-COVID 19, situação mais devastadora que a infeção COVID-19.
Efetivamente, o medo resultante da pandemia pode levar a diagnósticos tardios e a maiores complicações em doenças de elevado risco de

vida, o que poderá ser muito mais devastador que a infeção COVID-19. Contudo, um maior número de casos é necessário para se estabelecer a verdadeira dimensão do problema.

PA 04

POLINEUROPATÍA URÉMICA

Luís Veiga[1]; Sílvia Nunes[2]; Iurie Pantazi[1]; João Correia[1]
[1]Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; [2]Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

A polineuropatia urémica é comum entre os pacientes com doença renal crónica terminal?, e pode ser indicação para iniciar diálise. No entanto, pacientes já adequadamente dialisados podem desenvolver polineuropatia, apesar de que, entre esses pacientes, a polineuropatia é frequentemente subclínica e detectável apenas em estudos electrofisiológicos. Apresenta-se como neuropatia sensoriomotora mista, distal, simétrica que é caracterizada pela degeneração axonal que resulta em desmielinização segmentar secundária, afectando de forma mais intensa distalmente axónios mais longos, mas com casos registados de envolvimento das colunas posteriores e outras porções do Sistema nervoso central. Não é conhecida a causa, mas sugere-se o contributo de deficiências de tiamina, zinco e biotina com diminuição da actividade da transcetolase. Aumento em fenóis, mioinusitol, beta2 microglobulina e até o hiperparatiroidismo podem também contribuir para o seu desenvolvimento.
Homem, 46anos, emigrante na Alemanha com um seguimento irregular da sua Diabetes Mellitus, colostomizado na sequência de cirurgia abdominal que não sabia especificar, dá entrada na sala de emergência com tetraparésia flácida, com abolição dos reflexos, sem alterações pares cranianos, sem disfasia ou disartria, sem perda de consciência. A exploração adicional da história dá-nos um curso subagudo (8-10dias) da progressão da perda de força dos membros, de forma ascendente, associados a perda de propriocepção e parestesias, inicialmente formigueiros/picadas progredindo para ardor. Referia noção de redução do débito urinário, e aumento da excreção pela colostomia de fezes líquidas. Sem sensação ou registos de febre, sem foto ou fonofobia, sem prurido, sem sinais de desnutrição, sem queixas respiratórias, cardiovasculares. Analiticamente apresentava uma uremia de 479mg/dL e Creatinina 14.29mg/dL (TFGe [CK-EPI] 3 ml/min/ 1.73m²),? tomografia computorizada abdomino-pélvica sem evidência de causa obstrutiva, ecocardiograma TT com evidência de colapso da veia cava?. Foi iniciado fluidoterapia intensiva, ao final da primeira hora com recuperação da mobilidade dos membros superiores, foi posteriormente transferido para suporte dialítico com regressão total dos défices.
A polineuropatia urémica é difícil de distinguir dos múltiplos outros tipos de polineuropatia causados pelas doenças que também causam Doença Renal Crónica (diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistémico, vasculites sistémicas, mieloma múltiplo, amiloidose e doença versus hospedeiro), que são geralmente excluídas pela história. Uma polineuropatia motora de evolução rápida tem sido descrita em pacientes com doença renal crónica terminal, com características de Guillain-Barré sendo o seu curso agudo e a predominância de sintomas motoro distingue esta entidade da polineuropatia urémica.

PA 05

HEMOGLOBINA DE 2,4 G/DL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana Isabel Tavares Pereira; Andreia Ribeiro; André Oliveira; Pedro Pereira; Carla Tonel
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A glomerulonefrite crónica (GNC) é uma causa importante de doença renal crónica, mas a sua etiologia exata pode nunca ser identificada.
Caso clínico: Uma mulher de 54 anos recorre ao Serviço de Urgência por cansaço para pequenos esforços de agravamento progressivo, edemas nos membros inferiores com uma semana de evolução, astenia, anorexia não seletiva, náuseas e perda ponderal de 20 quilogramas em dois meses. Antecedentes pessoais conhecidos: insuficiência renal crónica mal esclarecida, hipertensão arterial, lombalgia inflamatória crónica e história de abortos espontâneos de repetição. Ao exame objetivo a destacar: sonolência, mucosas desidratadas e edemas

bilaterais nos membros inferiores, godet ++. Analiticamente: hemoglobina 2,4g/dl, hematócrito 8,3%, VGM 110fl, plaquetas 162000/µL, ureia 546 mg/dl, creatinina 14,65 mg/dl, potássio 8,24 mg/dl; Urina II: proteínas 300 mg/dl, leucócitos 500 mg/dl; apresentava acidemia metabólica na gasimetria arterial. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos para estabilização clínica, com necessidade de suporte transfusional e indução dialítica, posteriormente transferida para o Serviço de Nefrologia, mantendo hemodiálise 3 vezes/semana. Destacam-se os seguintes exames: ecografia renal sugestiva de nefropatia médica; serologias víricas e painel de autoimunidade negativos com exceção de C3 diminuído; Tomografia Computorizada (TC) da coluna e sacro com aspectos degenerativos e sacroileíte; HLA-B27 negativo; biópsia renal (em arquivos de 1985) com diagnóstico histológico de GNC. Teve alta referenciada a Consulta de Nefrologia e Doenças Autoimunes sob diálise peritoneal, inserida na lista de transplante renal.

Conclusões: A sacroileíte identificada na TC e a dor de características inflamatórias (critérios *major* para espondiloartropatia seronegativa) apontam para que a doença renal esteja relacionada com doença autoimune de base, sendo que o C3 diminuído e apresentação nefrótica sugerem glomerulonefrite membranoproliferativa.

PA 06

CAUSA POUCO FREQUENTE DE BLOQUEIO AURICULOVENTRICULAR DE TERCEIRO GRAU REVERSÍVEL

David Ferreira[1]; Francisco Albuquerque[1]; Christopher Strong[1]; Jorge Ferreira[2]
[1]Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Introdução: O bloqueio auriculoventricular define-se como o atraso ou interrupção, transitória ou permanente, na transmissão do impulso elétrico das aurículas para os ventrículos. Entre as causas reversíveis comuns encontram-se a doença cardíaca isquémica, alterações eletrolíticas e fármacos.

Caso clínico: Homem de 54 anos com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e síndrome de apneia obstrutiva do sono. Da medicação habitual salienta-se Ramipril e Atorvastatina. Foi encaminhado ao serviço de urgência (SU) do Hospital de São Francisco Xavier após ativação da viatura médica de emergência e reanimação por alteração do estado de consciência. No local, evoluiu em paragem cardiorrespiratória (PCR) em assistolia, revertida após 3 ciclos de suporte avançado de vida. O eletrocardiograma pós-PCR apresentava bloqueio auriculoventricular completo, ritmo de escape juncional a 35 bpm, sem alterações da repolarização. À admissão no SU, em Glasgow Coma Scale 4T, pupilas simétricas, reativas; sob ventilação mecânica, hipotenso, bradicárdico (30 bpm) e hipotérmico. Na gasimetria com pH 7.34, PaCO2 22 mmHg, PaO2 220 mmHg, HCO3 12 mmol/L, potássio 5,0 mmol/L. Analiticamente sem evidência de infeção ou alterações iónicas.

Foi colocado electrocatéter provisório e transferido para a unidade de cuidados intensivos coronários no Hospital de Santa Cruz para estabilização hemodinâmica. A chegada foi doseada as hormonas ??roideia revelando TSH 141 mUI/L, fT4 0,21 ng/dL. Por coma mixede-matoso, iniciou levotiroxina endovenosa e corticoterapia com melhoria tensional gradual e resolução do bloqueio auriculoventricular terceiro grau.

Discussão: O estudo sistemático de causas reversíveis de bradicardia permite instituir o tratamento adequado e evita a implantação desnecessária de dispositivos cardíacos definitivos. Os efeitos da hormona tiroideia sobre o sistema cardiovascular são reconhecidos e sabe-se que alterações nos seus níveis circulantes influenciam a contractilidade e a função eletrofisiológica cardíaca. A avaliação da patologia tiroideia não deve ser esquecida, dado a sua potencial gravidade e a existência de tratamento efetivo.

PA 07

FLAVIMONAS ORYHABITANS - UM AGENTE CAUSADOR DE INFEÇÃO A CONSIDERAR

Sara Dias Teixeira; Carina M. Teixeira; Inês Albuquerque
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A *Flavimonas oryzihabitans (F. oryzihabitans),* previamente conhecida como

Pseudomonas oryzihabitans, é um organismo gram-negativo infrequentemente causador de doença no ser humano. A maior parte das infeções descritas na literatura ocorreram em indivíduos imunodeprimidos, podendo, no entanto, ocorrer em indivíduos sem imunossupressão. Descrevemos um caso de bacteriemia causada por F. oryzihabitans num homem de 72 anos, internado por uma infeção respiratória complicada com abcesso e insuficiência respiratória, sem fator conhecido causador de imunossupressão.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes relevantes de doença pulmonar obstrutiva crónica e tabagismo ativo, recentemente internado por pneumonia adquirida na comunidade, com alta 48 horas antes de recorrer de novo ao serviço de urgência. Apresentava recorrência de picos febris e de toracalgia de características pleuríticas, bem como manutenção das queixas de dispneia e astenia. Realizou TC-Torax que revelou abcedação das consolidações já documentadas no internamento prévio.

Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 21.11x10^9; PCR 215.7mg/dL) e insuficiência respiratória hipoxémica.

No internamento anterior, a antibioterapia escolhida foi piperacilina/tazobactam, uma vez que o quadro já se arrastava há sete dias e o doente já tinha sido medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina em ambulatório sem melhoria clínica. Cumpriu quatro dias desta terapêutica e teve alta hospitalar com levofloxacina. A revisão do estudo microbiológico efetuado nesse internamento revelou identificação de F. oryzihabitants numa hemocultura multissensível. Assim, optou-se por reiniciar piperacilina/tazobactam. Apresentou melhoria clínica e analítica progressiva, tendo cumprido três semanas de antibioterapia endovenosa e depois totalizado seis semanas de tratamento com ciprofloxacina. Não se identificou fator imunossupressor.

Discussão: Este caso suporta a evidência clínica emergente de que a F. oryhabitants deve ser reconhecida como um organismo com capacidade de causar doença no ser humano.

PA 08

CARCINOMA COLO-RETAL: DIAGNÓSTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana C. Ramos; Patrícia Dias; Arsénio Santos; Armando Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma colo-retal é uma das principais causas de morte no mundo. Em particular, os carcinomas colo-retais hereditários são mais agressivos e têm pior prognóstico. São apenas sintomáticos em fase tardia e já se encontram muitas vezes metastizados aquando do diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 33 anos, recorreu ao serviço de urgência por lombalgias intensas, com episódios de agravamento, com seis meses de evolução. A dor agudizava com a defecação e não tinha posição antiálgica. Apresentava dificuldade em urinar, tenesmo, sem disúria ou polaquiúria. Referia perda de peso, não quantificada. Como antecedentes pessoais, a destacar hérnia discal L4-L5 e patologia hemorroidária. Tinha uma colonoscopia de rastreio agendada por antecedentes paternos de carcinoma do cólon.

Objetivamente, muito ansioso, pouco colaborante; pirexia de 40ºC. A palpação das apófises espinhosas não desencadeou dor. O toque retal foi dificultado por não progressão e dor intensa logo a 2cm da linha anoretal; à palpação, apresentava massa que foi inicialmente descrita como hemorroidas internas, tendo em conta os antecedentes. Analiticamente, aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose e PCR de 13.71 mg/dL) e bilirrubina total de 2.1 mg/dL (valor de referência (N) 0.2-1.2mg/dL) com bilirrubina direta de 0.9 mg/dL (N <0.5 mg/dL). Ecografia abdomino-pélvica e renal com descrição de lesão expansiva no espaço reto-prostático, na dependência da parede retal, hipoecogénica, mal definida, que parecia invadir a glândula seminal esquerda; hiperreflectividade da gordura envolvente e fina lâmina de derrame; fígado com 2 formações nodulares hiperecogénicas. A retoscopia mostrou lesão extensa ulcerovege-tante circunferencial que foi biopsada. O doente foi internado para estudo de neoplasia do reto, com febre e dor não controlada.

Conclusões: Neste caso, uma história clínica cuidada, o exame objetivo detalhado e a rápida atuação multidisciplinar permitiu um diagnóstico no serviço de urgência que, frequentemente, é diferido para internamento ou uma consulta tardia. Neste doente, a realização dos protocolos de rastreio, dependendo do gene envolvido e da história familiar, poderia ter evitado a progressão da doença até o surgimento de sintomatologia associada a metastização/doença localmente avançada.

PA 09

TETO TERAPÊUTICO E A ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - ESTUDO RETROSPETIVO

Sandra Ganchinho Lucas; Filipe Alfaiate; Ana Tenreiro; Diana Coutinho; Inês Santos; Ireneia Lino
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: No Serviço de Urgência (SU) vive-se um antagonismo constante pela sua natureza direcionada para a patologia aguda e a prestação de cuidados paliativos de qualidade. O estudo tem como objetivo avaliar adequação do tratamento em função da limitação terapêutica num Serviço de Urgência.

Material e métodos: análise retrospetiva descritiva monocêntrica dos doentes que morreram primeiros 6 meses de 2018 no SU com registo no processo electónico.

Resultados: Compararam-se três grupos de doentes: o grupo sem definição de teto terapêutico, o grupo com terapêutica paliativa e o grupo em que se admitiu Decisão de Não Reanimar (DNR). Não existem diferenças significativa entre as idades, o local de residência e as comorbilidades com exceção da demência (p= 0,006), existe sim uma diferença no grau de dependência nas AVD's (p<0,001) que são mais prevalentes nos grupos que se admitiu DNR, ou tratamento paliativo.

Verificou-se que não existem diferenças entre número ou tipo de exames complementares de diagnóstico, mas há diferenças na terapêutica instituída já que no grupo dos doentes em cuidados paliativos a terapêutica com morfina (p<0,001), butilescopolamina (p=0,001) e paracetamol (p=0,004) foi mais frequente. A ventilação invasiva (p<0,001) só ocorreu no grupo de doentes sem definição de teto terapêutico, enquanto a oxigénioterapia (p<0,001) foi mais frequente nos grupos em DNR ou em cuidados paliativos.

Discussão e conclusão: Até onde sabemos este é o primeiro estudo a analisar a diferença entre os cuidados prestados aos doentes e a sua adequação em função do teto terapêutico definido num serviço de urgência.

Os médicos do SU, reconheceram o final de vida dos seus doentes já que existiu uma limitação de teto terapêutico em 2/3 dos doentes, e consequente adequação terapêutica. Os doentes sem definição teto terapêutico têm maior probabilidade de serem reanimados com recurso a IOT e ventilação mecânica, no grupo em cuidados paliativos há uma adaptação dos fármacos prescritos, maioritariamente para o controlo da dor, dispneia e dificuldade na mobiliação das secreções, mas não há uma limitação na realização de exames complementares ou da utilização de fármacos endovenosos, ou de procedimentos.

Concluímos que é necessária uma adequação dos cuidados paliativos prestados no SU não só ao nível farmacológico, mas também de cuidados que melhorem o bem-estar do doente em fim de vida, seguindo os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Estes resultados deveriam levar a uma maior cooperação com as equipas de cuidados paliativos intra-hospitalares e extra-hospitalares com elementos dedicados ao SU face à frequência da necessidade destes cuidados de modo a possibilitar abranger os cuidados psicológicos, sociais e espirituais não só do doente, mas também da sua família.

PA 10

DOR ABDOMINAL AGUDA - UMA CAUSA RARA

Cláudia Rodrigues Alves; Joana Vieira Jardim; Catarina Teles Neto; Ana Maria Gameiro; Luísa Wandschneider
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A dor abdominal é um motivo frequente de vinda ao serviço de urgência (SU), compreendendo até 10% de todas as visitas. Apesar dos avanços diagnósticos, a dor abdominal permanece sem causa identificada em até 42%

dos doentes que têm alta do SU. O diagnóstico diferencial é muito amplo e, embora a maioria das causas de dor abdominal seja benigna, cerca de 10% dos doentes que recorrem ao SU com dor abdominal aguda têm uma causa potencialmente fatal.

Caso clínico: Mulher, 27 anos, sem antecedentes patológicos relevantes e sem medicação habitual, recorreu ao SU por quadro de dor abdominal persistente ao nível do hipocôndrio esquerdo, associado a náuseas e vómitos com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava palpação dolorosa no flanco esquerdo, sem irritação peritoneal. Do estudo realizado, salienta-se analiticamente um aumento dos parâmetros inflamatórios. Por manutenção de dor abdominal, apesar de analgesia, foi realizada tomografia computorizada abdominopélvica (TC-AP) com contraste, que revelou baço com um padrão de captação heterogéneo sobretudo na vertente superior e anterior, medindo na globalidade cerca de 9,7x5cm, aspectos sugestivos de enfarte esplénico. A doente ficou internada para estudo etiológico, tendo realizado estudo da coagulação, autoimunidade e ecocardiograma transtorácico, sem alterações de relevo. Durante a marcha diagnóstica, realizada angiotomografia computorizada toracoabdominopélvica, que identificou dilatação aneurismática trombosada, com cerca de 20mm, da porção distal da artéria esplénica, sem outras alterações. A doente apresentou boa evolução clínica, tendo alta hipocoagulada e com encaminhamento para consulta externa, onde repetiu avaliação imagiológica, que mostrou desenvolvimento de alguma circulação colateral.

Conclusões: O enfarte esplénico é uma causa rara de dor abdominal aguda e tem múltiplas etiologias, no entanto, a vasta maioria deve-se a doenças hematológicas infiltrativas que causam congestão da circulação esplénica por células anormais ou condições tromboembólicas que produzem obstrução de vasos maiores. A abordagem inicial do enfarte esplénico consiste em terapêutica de suporte com hidratação e analgesia. A esplenectomia é reservada para doentes com sintomas persistentes ou com uma complicação do enfarte (pseudoquisto, abcesso ou hemorragia). Apesar de se tratar de uma causa rara, confere morbilidade e mortalidade significativas, pelo que o seu diagnóstico precoce é importante.

PA 11

HEMORRAGIA SUPRA-RENAL BILATERAL: UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL NA URGÊNCIA

Ana Garrido Gomes; Tetiana Baiherych; Guilherme Violante da Cunha; Sandra António
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A dor abdominal é causa frequente de admissão no Serviço de Urgência, sendo a sua etiologia bastante heterogénea. A hemorragia das glândulas supra-renais é uma patologia pouco comum que está normalmente associada a trauma, podendo também ocorrer em doentes anticoagulados, com coagulopatias ou com quadro de sépsis.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 66 anos de idade, com história de tabagismo mantido (50 UMA), sem outros antecedentes patológicos conhecidos e sem medicação em ambulatório. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispepsia e dor abdominal difusa de início súbito, em repouso e com um dia de evolução, associada posteriormente a dor lombar bilateral. Referia também náuseas e vómitos de conteúdo alimentar. Sem história de trauma prévio recente. À observação, apresentava-se consciente e colaborante, hemodinamicamente estável e com dor à palpação abdominal superficial de predomínio nos quadrantes superiores do abdómen, não se palpando massas.

Analiticamente sem alteração do hemograma, função renal ou hepática, ou outras indicativas da etiologia. Realizado TC abdominopélvica no seguimento da marcha diagnóstica que demonstrou "(...) aumento da dimensão de ambas as glândulas supra-renais com áreas hiperdensas, alterações compatíveis com hemorragia supra-renal bilateral (...)".

Neste contexto, o doente foi admitido em Unidade de Cuidados Intermédios para monitorização pelo risco de insuficiência supra-renal aguda, tendo iniciado prontamente terapêutica profilática.

Durante o internamento, verificou-se melhoria mantida da dor abdominal mas agravamento imagiológico com aumento das dimensões do hematoma da glândula supra-renal mais evidente à direita. Assim, ao 5º dia de internamento foi submetido a embolização seletiva do ramo arterial da supra-renal direita. O período após procedimento decorreu sem complicações e com melhoria clínica e analítica, pelo que foi transferido para enfermaria de Medicina Interna. Realizado controlo imagiológico com regressão progressiva do conteúdo hemático supra-renal bilateral. O doente teve alta para manutenção de seguimento em consulta.

Conclusão: A dor abdominal é um sintoma frequente na prática clínica tanto em meio hospitalar como nos cuidados de saúde primários. É na maioria dos casos associada a patologias pouco graves e com resolução espontânea, podendo contudo ser a queixa inicial de quadros graves e potencialmente fatais. Exemplo disso é o caso clínico acima apresentado. A hemorragia supra-renal é uma entidade rara, associada a elevada mortalidade quando não diagnosticada e tratada precocemente, pelo risco de choque hemorrágico e de insuficiência supra-renal aguda.

PA 12

EDEMA AGUDO DO PULMÃO EM DOENTE ALÉRGICA A FUROSEMIDA

Ricardo Ambrósio Rodrigues[1]; Telma Alves[1]; Rita Reigota[1]; Diogo Leal[1]; João Pina Cabral[1]; João Gonçalves[1]; Armando Carvalho[2]
[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Edema agudo do pulmão é uma situação emergente que se apresenta frequentemente como complicação da insuficiência cardíaca. O plano de tratamento consiste principalmente na diurese e suporte ventilatório do doente. Apresentamos o caso de um doente com múltiplas reações alérgicas conhecidas, incluindo reações prévias a furosemida, que deu entrada no serviço de urgência em edema agudo do pulmão.

Caso clínico: Mulher de 74 anos com antecedentes de obesidade, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermédia e múltiplas reações alérgicas conhecidas (com indicação para evitar todos os anti-inflamatórios não esteróides COX1, furosemida e acetilcisteína) deu entrada no serviço de urgência com queixas de dispneia grave de início súbito durante a noite. À avaliação inicial apresentava pressão arterial de 148/86 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm, dificuldade respiratória marcada com frequência respiratória de 35-40 cpm e saturação de oxigénio de 91% com suplementação de oxigênio de 3L/min por cânulas nasais. O exame físico revelou crepitações bilaterais com sibilância e edema significativo dos membros inferiores. Gasometria arterial revelou pH de 7,15, pCO2 104,5 mmHg, pO2 62,1 mmHg, HCO3- 27,0 mmol/L, sem outras alterações significativas. Foi administrado 200 mg de hidrocortisona, broncodilatadores inalatórios, nitrato sublingual e 2mg de morfina. Devido à não existência de outro diurético de ansa no hospital, para além da furosemida, optou-se pela utilização de metolazona. Ventilação mecânica não invasiva foi iniciada assim que possível com necessidade de pressões elevadas (IPAP 20, EPAP 6) para ventilação eficaz. A doente apresentou melhoria clínica com débito urinário na primeira hora de 475cc e gasometria arterial com pH de 7,29 e pCO2 de 75,1mmHg. Foi posteriormente transferida para uma unidade de cuidados intermédios.

Discussão: Furosemida é o diurético de ansa mais utilizado e o único disponível em Portugal com formulação endovenosa tornando o essencial no tratamento da insuficiência cardíaca. Este caso relata a importância das terapêuticas adjuvantes ao diurético no tratamento do edema agudo do pulmão, numa doente em que a primeira linha de diurético não podia ser utilizada devido a uma alergia extremamente rara.

PA 13

SÍNDROME DE HEYDE – UM DIAGNÓSTICO A TER EM MENTE

Inês Monteiro Araujo; Marina Salwegter; Rui Domingues; Margarida Robalo; Sofia Esperança; António Oliveira e Silva
Hospital de Braga

Introdução: A síndrome de Heyde é uma entidade clínica que associa a existência estenose aórtica e de hemorragia gastrointestinal por angiodisplasias. A maior suscetibilidade para a hemorragia

nestes doentes parece dever-se ao desenvolvimento de doença de Von Willebrand tipo 2A adquirida. As alterações de fluxo associadas à estenose valvular causam disrupção dos multímetros de maiores dimensões deste fator, tornando-os mais suscetíveis à lise enzimática.

Caso clínico: Mulher, de 85 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica, anemia ferropénica sob suplementação e insuficiência cardíaca de etiologia valvular – estenose aórtica severa, submetida a substituição valvular. Recorre ao serviço de urgência por astenia, deterioração do estado geral e episódio de sincope. A cuidadora refere fezes escuras e com cheiro intenso, inicialmente atribuídas à toma de ferro. À avaliação no serviço de urgência encontra-se prostrada, com mucosas descoradas e desidratadas, sem outras alterações de relevo. Analiticamente evidência de agudização da doença renal de provável etiologia pré-renal e agravamento da anemia normocitica/normocromica, com necessidade transfusional. TC craneoencafálico e abdomino-pélvico sem alterações de relevo. Ainda no serviço de urgência realiza endoscopia digestiva alta, sem evidência de hemorragia. Em regime de internamento, após preparação intestinal, realiza colonoscopia, que não deteta alterações de relevo. Nesta fase, decide-se prosseguir o estudo com recurso à videocápsula que evidencia a existência de duas angiectasias no duodeno distal, confirmando a suspeita diagnóstica de Síndrome de Heyde. Efetuada terapêutica com árgon plasma por enteroscopia profunda. A doente tem alta após recuperação clínica e analítica.

Conclusões: Este caso realça a importância da visão holística do doente mesmo em contexto de urgência/intercorrência aguda. A síndrome de Heyde apresenta-se como um diagnóstico diferencial mandatório num doente com antecedentes de estenose aórtica no qual ocorra um agravamento da anemia. Uma particularidade observada neste caso é o facto de que, contrariamente à maioria dos casos descritos na literatura, a substituição valvular nesta doente não evitou a ocorrência de hemorragia digestiva, o que reforça a vantagem do uso de prótese biológica nos doentes com indicação para substituição valvular, uma vez que evita a necessidade de hipocoagulação.

PA 14

A PROTEÇÃO CIVIL E A AJUDA HUMANITÁRIA: AS QUESTÕES DA VULNERABILIDADE

Diana Andrade Silva
Clube de Futebol "Os Belenenses"; Serviço de Urgência Geral; USIP (SAP).

O presente trabalho[1] aborda o papel da Proteção Civil e da Ajuda humanitária, com enfoque nas questões da vulnerabilidade.

A Interligação da Proteção Civil e da Ajuda Humanitária, com base nos mecanismos existentes e no contexto atual, face a um aumento e impacto dos diversos acidentes e catástrofes, impõe de forma global o conhecimento das vulnerabilidades das populações sujeitas a acidentes e catástrofes. Os diversos aspetos de vulnerabilidade assumem um contributo para o conhecimento da noção de risco global. A vulnerabilidade é uma parte da equação de risco.

Se os riscos existem e são cada vez mais graves e complexos, assume-se o conceito de Risco Sistémico, os planos e medidas de apoio as populações, orientados em duas vertentes: medidas de prevenção e de proteção, assumindo um Risco Admissível.

Analisando os objetivos da Proteção Civil, como, atenuar as vulnerabilidades, prevenir o surgimento da exposição a riscos coletivos, o apoio de emergência às populações, a proteção de bens e cultura, a proteção ambiental e o apoio das populações no regresso a normalidade, nas áreas afetadas por acidente ou catástrofe, conseguimos perceber a necessidade de uma política a nível local, assim como uma estratégia internacional para a redução do risco. A relação com as quatro fases do Ciclo da Gestão de Emergência: preparação, resposta, recuperação e mitigação, é evidente e o foco em todas as fases para um melhor e mais efetivo planeamento e atuação.

Neste contexto, a Comissão Europeia através da Direção Geral da Ajuda Humanitária e da Proteção Civil (ECHO), tem dois instrumentos: a Proteção Civil e a Ajuda Humanitária. Permitem uma resposta rápida e eficaz da ajuda de emergência

da União Europeia e assistência humanitária a países atingidos por catástrofes naturais ou situações de desastre humano.
O conhecimento das vulnerabilidades de forma dinâmica e com características complexas, como um contributo para um maior sucesso ou não no planeamento e nas intervenções, no âmbito do apoio a populações vulneráveis. É a questão que o presente trabalho procurou responder, com base numa revisão da literatura.
Em suma, a necessidade de um novo olhar, mas já em mudança, com nova legislação, atualizações e mecanismos organizados, para uma melhor proteção das populações, uma preparação mais eficaz e eficiente face a ocorrência de um acidente ou catástrofe e o aumento da resiliência das comunidades, é essencial.
A Comunidade Local, o Sistema Municipal de Proteção Civil, a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, a ECHO, as organizações de ajuda humanitária governamentais e não governamentais, são parte integrante e fundamental neste processo. Os médicos e enfermeiros, são também elementos fulcrais e devem estar integrados na mudança para uma melhoria das boas práticas.

[1]Trabalho realizado no âmbito da PG em Emergência Médica e Catástrofe (Ocen Medical & ISCIA, 2021).

PA 15

SÍNDROME PULMÃO-RIM – VASCULITE ANCA-MPO

David Ferreira; Cátia Figueiredo; Ivan Luz; Lucília Pessoa; Nuno Catorze
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: As vasculites sistémicas associadas ao anticorpo anticitoplasma do neutrófilo (ANCA) caracterizam-se histologicamente por uma vasculite necrosante dos pequenos vasos, sendo o diagnóstico precoce fundamental para a redução da morbimortalidade. A coexistência de glomerulonefrite e hemorragia pulmonar decorrente da vasculite define a síndroma pulmão-rim. **Caso clínico:** Mulher de 77 anos, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia com agravamento progressivo associado a astenia recente nos últimos 15 dias. Analiticamente destaca-se queda da hemoglobina em 4 g/dl nas 2 semanas anteriores, assim como lesão renal com Cr 6.2 mg/dl (0.8 g/dl préviamente). Urina com evidente hemato-proteinúria e eritrócitos dimórficos. O quadro clínico evoluiu com agrava-mento respiratório com necessidade em ser admitida na unidade de cuidados intensivos para suporte ventilatório não invasivo. Do estudo realizado destaca-se na tomografia computado-rizada parênquima pulmonar com múltiplas áreas de consolidação e em vidro despolido, bilaterais e difusas. Do ponto de vista renal assistiu-se a um agravamento progressivo associado a hemoptises, levando a suspeita de Síndrome Pulmão-Rim secundário a provável vasculite. Foi pedido doseamento das pANCA e Anticorpo Anti-Mieloperoxidase (MPO) que foram positivos. Iniciou corticoterapia, plasmaférese, ciclofosfa-mida e suporte transfusional, assim como dialise por falência renal. Acabaria por recuperar e atualmente encontra-se em seguimento na consulta de Nefrologia sem novos episódios. **Conclusão:** A vasculite ANCA com manifestação renal e pulmonar, embora rara, é uma condição grave e com elevada mortalidade. A apresentação clínica clássica é uma hemorragia pulmonar de aparecimento súbito com nefrite, frequente-mente crescéntrica. Durante os surtos de hemorragia pulmonar, imagiologicamente obser-va-se infiltrados pulmonares difusos bilateral. O tratamento inclui técnicas de substuição da função renal, plasmaférese e imunossupressão. Sem tratamento, evolui rapidamente para uma situação fatal. Destacamos este caso pela apresentação grave e quadro rapidamente progressivo.

PA 16

DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA PELA EUROPA – SÉRIE DE CASOS

David Ferreira[1]; João Cardoso[2]; Lucília Pessoa[1]; Nuno Catorze[1]
[1]Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; 2Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A doença invasiva pneumocócica (DIP) é definida como o isolamento ou deteção de

Streptococcus pneumoniae (SP) a partir de um local normalmente estéril e pode ter uma apresentação variada. É mais frequente nos adultos com mais de 65 anos e imunodeprimidos. Trata-se de uma doença de notificação obrigatória no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAV E) português desde 2014. Relatamos 3 casos de doente com DIP residentes em vários países da Europa.

Descrição dos casos:

1- Homem de nacionalidade portuguesa com 66 anos, com antecedentes de obesidade e doença hepática crónica. Trazido ao serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência com necessidade de proteção da via aérea e febre. Confirmou-se o diagnóstico de Meningite com consequente isolamento de SP nas hemoculturas e LCR. Apesar das medidas iniciadas, o doente acabou por falecer ao fim de 5 dias de internamento. A doença foi notificada no SINAVE.

2 - Homem de nacionalidade britânica com 48 anos, como antecedentes de hábitos toxifílicos. Estaria em Portugal de férias há 2 dias. Iniciou quadro de dificuldade respiratória grave com necessidade de ventilação mecânica. Do estudo microbiológico destaca-se isolamento de SP nas hemoculturas. Iniciou antibioterapia com boa resposta e extubação após 6 dias de ven??lação mecânica. A doença foi notificada no SINAVE embora com dificuldade inicialmente por ausência de morada portuguesa.

3 - Homem de nacionalidade francesa com 57 anos, motorista de pesados, com antecedentes de obesidade e tabagismo ativo. Trazido ao SU após ser encontrado com alteração do estado de consciência numa estação de serviço.

Apresentava-se febril, GCS 9 e agitado. Foi isolado SP nas hemoculturas e LCR. Iniciou antibioterapia para o quadro de meningite, com boa resposta clínica e recuperação completa. Posteriormente foi realizada a notificação às autoridades competentes.

Conclusão: Salientamos estes casos para relembrar a necessidade de notificação epidemio-lógica, permitindo assim investigar a população evitanto nos casos. Só através da vacinação dos grupos de risco podemos evitar situações graves como estas. As notificações nos países de origem foram realizadas em articulação com as autoridades locais. Recordamos que a vacinação em Portugal diminuiu eficazmente a incidência destes casos ao longo dos anos.

PA 17

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NAS DESCOMPENSAÇÕES AGUDAS DE DIABETES MELLITUS

Antony Dionísio; Maria Leonor Lopes; Cristina Carvalho Gouveia; Cristiana Camacho; Andreia Machado
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) surgiu em Portugal em 2020, tendo exigido uma reorganização dos cuidados de saúde, com compromisso do seguimento de doentes crónicos. A Diabetes Mellitus (DM) constituí um fator de mau prognóstico em doentes com COVID-19, com maior severidade da doença e maior probabilidade de descontrolo metabólico. O objetivo deste trabalho é analisar o impacto da pandemia a COVID19 nas descompensações agudas de doentes diabéticos.

Material e métodos: Estudo retrospetivo das admissões no serviço de urgência de um hospital central com diagnósticos de Cetoacidose diabética (CAD) e Síndrome hiperosmolar hiperglicémico (SHH) em 2019 e 2020.

Resultados: Incluídos 92 doentes, 63% dos quais do sexo feminino, com idade média 53.4 anos.

Em 2019 foram admitidos 61 doentes, 60% mulheres com idade média de 54 anos. Destes, 89% tinham história conhecida de DM e 56% com DM tipo 2. A causa mais frequente de descompensação foi o incumprimento terapêutico em 45,2%. A CAD foi causa de admissão em 52% dos doentes, com glicémia média 522,4 mg/dl, pH 7,12 e cetonemia 6,45 mmol/l. Os doentes com SHH (48%), apresentaram glicémia média 743,73 mg/dl, pH 7,39 e de cetonemia 1,12 mmol/l. 40% necessitaram de internamento hospitalar, 9,6% em unidade de cuidados intermédios e 4,8% em unidade de Cuidados intensivos, com demora média de 17,2 dias. A HbA1c média foi 12,04%. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi 1,6%.

Em 2020 foram admitidos 31 doentes, 69% mulheres, com média de idade de 52,5 anos.

Destes, 93% tinham história de DM e 52% DM tipo1. A causa mais frequente de descompensação o incumprimento terapêutico em 47% dos casos. A CAD teve prevalência de 78%, glicémia média 658,88 mg/dl, pH 7,23 e cetonemia 6,78 mmol/l. Quanto ao SHH representou 22% das admissões, com glicémia média 712,67 mg/dl, pH 7,39 e cetonemia 2,1mmol/l. Foram internados 78% dos doentes, 3% em unidade de cuidados intermédios e 3% em unidade de cuidados intensivos com demora média de 15,1 dias. A HbA1c média foi de 10,4%. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 7%. Nenhum dos doentes tinham infeção por COVID-19 à admissão e 10% tiveram infeção nos últimos 6 meses.

Discussão: As admissões em 2020 foram substancialmente menores do que em 2019, com prevalência superior de CAD em comparação com SHH. No entanto, a taxa de internamento hospitalar foi superior em 2020, atingindo os 78% e a taxa de mortalidade 7%, refletindo maior gravidade e descontrolo dos doentes. A pandemia por COVID-19 comprometeu o acesso a cuidados de saúde, tanto por medo, como por limitação e desvio de recursos, podendo explicar a menor afluência hospitalar e maior gravidade de apresentação. Estes resultados reforçam a importância do planeamento antecipado de situações de catástrofe, nomeadamente no que respeita o seguimento de doenças crónicas.

PA 18

ADEQUAÇÃO DA ANTIBIOTERAPIA DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Maria Margarida Rosado; Cláudia Queirós; Nuno Bernardino Vieira; João Estevens
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: O uso incorreto de antibióticos (AB) associa-se ao surgimento de microorganismos resistentes. O Serviço de Urgência (SU) é o local de entrada da maioria dos doentes com infeção do trato urinário (ITU), sendo a prescrição de AB muito prevalente neste contexto.

Objetivos: Determinar a adequação do diagnóstico e prescrição de AB em doentes que recorreram ao SU com ITU.

Material e métodos: Estudo observacional transversal, com colheita de dados retrospetiva através da consulta do processo clínico. Foram incluídos os doentes que recorreram ao SU da Unidade Hospitalar de Portimão entre 1 de julho e 31 de agosto de 2021, com idade ≥ 18 anos e diagnóstico final de ITU. Foram recolhidos dados que incluíram: demografia, prescrição de AB nas últimas 3 semanas, dispositivo nas vias urinárias, quadro clínico, meios complementares de diagnóstico (MCDs) realizados e seus resultados, diagnóstico final, AB prescrito e posologia, especialidade prescritora, destino do doente e adequação do diagnóstico e prescrição. A adequação do diagnóstico e tratamento foi baseada nas *guidelines* de 2020 da Sociedade Europeia de Urologia e na Norma de Orientação Clínica da Direcção Geral de Saúde número 015/2011.

Resultados: Foram incluídos 104 doentes, 65% do sexo feminino, com idade média de 57 anos. 65% foram diagnosticados com ITU não especificada, 31% com cistite aguda e 3% com pielonefrite aguda. Do total, 8% não realizou qualquer tipo de MCD. Dos que realizaram MCDs, apenas 1 não realizou Urina tipo II, 69% realizou análises sanguíneas e 16% Urocultura (UC). Em 10 UC foi isolado agente, sendo a *Escherichia coli* o microorganismo mais frequente.

Em 97% dos casos foi prescrito AB, sendo a Amoxicilina-Ácido clavulânico o AB mais prescrito, sendo todas as suas prescrições inadequadas, seguido da Fosfomicina e das Quinolonas. Em 36% dos casos o diagnóstico foi inadequado e em 85% dos casos a prescrição foi inadequada. Em 38% dos casos o doente não cumpria critérios de ITU e em 19% a duração do tratamento foi inadequada. A maioria das prescrições foi feita por clínicos gerais, sendo a sua maioria inadequada. A Fosfomicina foi várias vezes prescrita com posologia incorrecta, o que pode dever-se à existência de embalagem com 2 saquetas, porém múltiplas doses não aumentam a eficácia e aumentam eventos adversos.

Conclusões: A incorreta utilização de AB no tratamento da ITU no SU foi muito prevalente, o que pode ser justificado pelo grande volume de doentes; sobrevalorização dos MCDs pedidos, em

particular da Urina tipo II, que foi usada de forma independente da clínica do doente para diagnosticar ITU; simplificação da classificação do diagnóstico de ITU, sem distinção entre cistite e pielonefrite; e tomada de decisões sem dados microbiológicos, sendo necessário implementar programas de *stewardship* antibiótica neste contexto.

PA 19

INCIDENTALOMA SANGRANTE DA SUPRA-RENAL - UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Inês de Sousa Miranda; Marta Colaço Monteiro; Sara I Rocha; Raquel Domingos
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A hemorragia espontânea da glândula supra-renal associada a uma massa é rara e a sua abordagem não está bem definida.
Caso clínico: Mulher de 83 anos, história de fibrilhação auricular permanente sob Apixabano, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória crónica, recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia esquerda e vómitos. À admissão a destacar apirexia, perfil hipertensivo e Murphy renal ausente. Do estudo complementar realça-se ligeira elevação de parâmetros inflamatórios, urocultura a isolar *Escherichia coli* multisensível, insuficiência respiratória global (PaO2 51 mmHg FiO2 21%), aumento dos d-dímeros e tempos de coagulação normais. Realizou angio-TC de tórax que excluiu embolia pulmonar, com evidência de estase cardíaca. Nos segmentos abdominais destacava-se imagem nodular hiperdensa heterogénea com 37x37mm na glândula supra-renal esquerda sugestiva de hemorragia de lesão pré-existente, hematoma da supra-renal ou aneurisma sacular da artéria renal, que motivou a suspensão transitória da anticoagulação. A doente evoluiu favoravelmente, com estabilidade hemodinâmica, sem lombalgia e sem vómitos, o que permitiu a reintrodução progressiva da anticoagulação. Repetiu TC abdomino-pélvica ao 10º dia que mostrou evolução favorável do quadro agudo, com estabilidade da lesão nodular que mostrou aspectos de adenoma. Assumiu-se adenoma hemorrágico espontâneo em contexto de hipo-coagulação. Programou-se reavaliação aos 3 meses com estudo funcional e imagiológico.
Conclusões: A hemorragia da supra-renal pode ser secundária a sépsis, discrasia hemorrágica, trauma ou hemorragia espontânea associada a uma massa. O evento é raro sob anticoagulação, com a existência de apenas 2 casos reportados com o Apixabano. Os doentes com neoplasias da supra-renal raramente apresentam hemorragia. Dos casos reportados, a maioria correspondia a feocromocitomas e apenas 4% a adenomas da supra-renal.
Os doentes tipicamente apresentam dor no flanco e em casos extremos choque hipovolémico.
O diagnóstico é maioritariamente feito por TC, mostrando um aspecto heterogéneo e hiperdenso, o que dificulta e condiciona o diagnóstico diferencial. O controlo imagiológico evolutivo e o estudo bioquímico funcional devem ser cuidadosamente feitos antes da cirurgia, se esta for recomendada.

PA 20

A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO PISTA DE UMA DOENÇA RARA

Joana Gomes da Cunha; Vera Romão; Edite Nacimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A neurofibromatose tipo 1 (NF1) corresponde a 90% de todos os casos de neurofibromatose - condição genética autossómica dominante, que altera a neurofibromina (proteína de supressão tumoral). A NF1 acarreta uma miríade de alterações, afetando praticamente todos os sistemas de órgãos.
Caso clínico: Homem, 45 anos, sem antecedentes de relevo ou toma de medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência a 16.05.2021 por perfil de hipertensão arterial (HTA) grau 3 (TA máxima 221/139 mmHg). Referia "visão turva" desde há 1 semana, por vezes com noção de diplopia binocular e episódios de cefaleias holocranianas (2-3x/mês), desde há 2 anos, que cediam à analgesia. À admissão, com TA 191/119 mmHg, presença de múltiplas lesões tipo "mancha de café" mais evidentes no tronco e dorso, que identificou como sendo "de nascença" (*sic),* sem alterações ao exame neurológico. Dos exames

complementares destacava-se hipocaliemia e na tomografia computorizada *scan* crânio-cefálica, "hipodensidade milimétrica no joelho da cápsula interna direita - pequena lesão vascular antiga, do tipo enfarte lacunar". Realizou furosemida, amlodipina, nifedipina, captopril, diazepam, dinitrato, rilmenidina, espironolactona e labetalol, mantendo sempre valores entre TAS 179-193mmHg e TAD 80-122 mmHg. No internamento, após observação por Dermatologia, estabeleceu-se o diagnóstico clínico de NF1, atendendo à presença de múltiplas manchas café com leite, efélides e neurofibromas. Foi avaliado por Oftalmologia que identificou alterações compa-tíveis com retinopatia hipertensiva – com indicação para pantofotocoagulação a laser, sendo também evidentes nódulos de *Lisch*. Não se verificaram alterações no estudo de HTA secundária. Realizou angio-TAC, cuja única altera-ção encontrada foi "rim direito com duas artérias renais" e ecocardiograma transtorácico que mostrou hipertrofia moderada das paredes do ventrículo esquerdo, com dilatação da aurícula esquerda e sinais de disfunção diastólica tipo I. Teve alta medicado com enalapril 20 mg e amlodipina 10 mg e indicação de dieta sem sal.

Conclusões: O diagnóstico de NF1 baseia-se em critérios clínicos: alterações cutâneas, oculares e ósseas (displasia do esfenoide ou adelgaçamento da cortical de ossos longos) ou história familiar – a filha do doente apresentava alterações cutâneas e ósseas. A prevalência de HTA nestes doentes relaciona-se não só com a possibilidade de feocromocitoma (que deve ser excluído), como também pelas alterações ecocardiográficas, como evidentes neste caso, que impõem maior risco cardiovascular. O tratamento é semelhante ao de outros doentes. Realça-se a importância da acuidade diagnóstica em contexto de Serviço de Urgência, com a possibilidade de identificar esta possibilidade etiológica logo numa primeira abordagem.

PA 21

SÍNDROME DE CHILAIDITI - UM ACHADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Elisabete Dulce da Cunha Mendes; S. Naranjo; D. Cassama; N. Calado; I. Soles
Hospital Portalegre

O sinal de Chilaiditi foi descrito pela primeira vez em 1910 pelo radiologista grego Demetrius Chilaiditi e é atribuído à presença temporária ou permanente de cólon ou intestino delgado no espaço hepatodiafragmático que, geralmente, é um achado fortuito e raro. Quando associado a sintomas, habitualmente relacionados com o aparelho digestivo, como dispepsia, obstipação, dor abdominal ou obstrução intestinal secundária a volvo intestinal, designa-se por síndrome de Chilaidit. No caso que se apresenta verificou-se a presença deste sinal e síndrome.

Doente do sexo masculino de 56 anos de idade. Autónomo e com antecedentes de défice cognitivo não especificado, asma; hipertensão arterial e obesidade.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de dispneia e obstipação, sem febre nem outras queixas associadas.

Dos exames complementares de diagnóstico é de realçar a radiografia de tórax na qual se verificou elevação das cúpulas diafragmáticas, apagamento do limite diafragmático e sinal de Chilaiditi. Na tomografia computorizada (TC) torácica mostrou pequena área de consolidação na goteira costovertebral direita esboçando broncograma aéreo no seu interior, e revelou interposição do cólon entre o hemidiafragma direito e face superior do fígado, provável Síndrome de Chilaiditi.

Foi realizada TC abdominal com suplemento de contraste intravenoso que confirmou a síndrome, mas sem complicações, sem sinais de oclusão intestinal embora com fecalomas no colon designadamente no recto. O doente foi tratado com terapia broncodilatadora por crise asmática e com enemas pela obstipação e presença de fecalomas. Teve alta com resolução do quadro clínico.

A sua causa é normalmente desconhecida e o mais provável é que seja de etiologia multifactorial. São várias as condições que ao alterarem as relações

anatômicas entre fígado, cólon e diafragma, facilitam o surgimento da síndrome de Chilaiditi. Podemos confirmar as relações anatómicas através de TC abdominal.
Perante a presença do sinal de Chilaiditi, em doente sem sintomatologia associada a este, não requer tratamento. Por sua vez, o tratamento da síndrome de Chilaiditi é normalmente conservador, sendo frequente a descompressão cólica com sonda nasogástrica e rectal, repouso e hidratação, e incluindo a perda de peso. No entanto, reconhecer esta síndrome no diagnóstico diferencial de patologias que requerem cirurgia imediata como pneumotórax, abcesso subfrénico, rotura de vísceras ocas, lesões hepáticas ou massas retroperitoneais, pode evitar intervenções invasivas e desnecessárias.

PA 22

LOMBALGIA INICIAL, NEOPLASIA TESTICULAR NO FINAL - UM DIAGNÓSTICO DE URGÊNCIA

João Peixoto; Diogo Leal; Dilva Silva
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: A lombalgia é um dos sintomas mais frequentes e inespecíficos de ida ao SU, com diversas etiologias (mecânica, visceral, infeciosa, neoplásica), sendo, por isso, fundamental a colheita de uma história clínica detalhada, complementada com exames auxiliares de diagnóstico, para se alcançar um diagnóstico etiológico definitivo.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 21 anos, estudante, sem antecedentes relevantes ou medicação habitual, recorre ao SU por lombalgia esquerda, com 2 meses de evolução, que tinha já motivado 2 idas prévias ao SU, nas quais, por ausência de alterações ao exame físico e no estudo realizado (hemograma, bioquímica, sumária de urina, Rx e TC coluna lombo-sagrada), teve alta com o diagnóstico de lombalgia mecânica, medicado com analgésicos e AINES. Por agravamento do quadro, recorre de novo ao SU, relatando aumento da intensidade da dor, tipo cólica, de predomínio noturno, com irradiação para a região inguinal esquerda, e associada a náuseas, mas sem febre, alterações genito-urinárias ou sintomas constitucionais.
À admissão apresentava-se com bom estado geral, apirético, normotenso e normocárdico e sem alterações ao exame físico, incluindo genitais externos e coluna. O estudo complementar realizado (hemograma, bioquímica, sumária de urina, Rx-coluna lombo-sagrada, ecografia reno-vesical e pélvica) não evidenciava alterações de relevo, à exceção de LDH elevada (1196 U/L), pelo que foi colocada a hipótese de doença linfoproliferativa ou neoplasia testicular, atendendo à idade do doente. Foi realizada TC-Corpo, com descrição de conglomerado adenopático latero-aórtico, desde os vasos renais até à origem das artérias ilíacas comuns, achados que fizeram suspeitar de lesão testicular primária, pelo que o estudo foi complementado com Ecografia escrotal, que foi sugestiva de lesão neoplásica testicular à direita (de natureza não seminomatosa). O doente foi transferido para o Serviço de Urologia, onde foi internado e submetido a orquidectomia radical direita, com colocação de prótese testicular, após resultado de biópsia extemporânea do nódulo testicular, que revelou neoplasia de células germinativas do testículo. Cerca de 5 meses depois, e após 4 ciclos de QT adjuvante, foi submetido a linfadenectomia retroperitoneal por via mediana transperitoneal, tendo apresentado boa evolução, sem evidência de recidiva.
Conclusão: Este caso é interessante porque traduz o desafio diagnóstico associado a um sintoma aparentemente simples de lombalgia que, neste doente, se relacionava com a metastização ganglionar retroperitoneal secundária ao carcinoma testicular. Trata-se da neoplasia sólida mais frequente em homens jovens (15-35 anos) e que, apesar do bom prognóstico, deve ser detetada precocemente. Para tal, devemos ter em consideração que a apresentação clínica inicial pode ser variável e atribuível, em 10% dos casos, à metastização à distância

PA 23

DOENÇA DE MOYAMOYA COMO CAUSA DE AVC NO ADULTO JOVEM

Mariana Catarina Coutinho de Vasconcelos de Lacerda e Nápoles; Ana Carina Baldino; David Mestre; Patrícia Serpa Soares
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

A doença de Moyamoya, de etiologia idiopática, resulta da oclusão progressiva da porção terminal da carótida interna e seus ramos, com colateralização intra e extracerebrais. Clinicamen-te manifesta-se por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico ou hemorrágico, cefaleias, etc. O diagnóstico é imagiológico sendo a ressonância magnética crânio encefálica (RM-CE) fundamental. O tratamento com intuito curativo passa pela revascularização neurocirúrgica.
Mulher, 47 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial (HTA) e dislipidémia não medicadas, hábitos tabágicos (30 UMA), é admitida no serviço de urgência (SU) por alteração da acuidade visual e cefaleia moderada hemicraniana direita pulsátil. Apresenta ligeira parésia facial esquerda, hemiparésia esquerda grau 4/5 de prodomínio braquial e dificuldade na leitura. Realiza tomografia computorizada (TC-CE) que evidencia "área hipodensa corticossubcortical parietal direita - enfarte agudo no território da artéria cerebral média (ACM)" e angio-TC-CE com referência a "estenose a nível de todo o segmento M1 da artéria cerebral média direita". Numa 2ª admissão no SU, apresenta-se com hemiparesia esquerda. Realiza angio-TC-CE que não tem lesões isquémicas "de novo", mas apresenta "marcadas irregularidades do calibre da ACM direita, sobretudo do segmento M1, com estenose luminal relevante e aparente hiperplasia das artérias lenticuloestriadas"; e angiografia cerebral diagnóstica compatível com padrão Moya-Moya like unilateral, possivelmente idiopático, não se podendo excluir etiologia ateromatosa. Foi encaminhada para consulta de neurocirurgia. É admissão uma 3ª vez, com parestesias do hemicorpo esquerdo, cefaleia parietal direita, hemiparésia esquerda e desequilíbrio da marcha. TC-CE revela "hipodensidade cortico-subcortical na área rolândica e corpo estriado à direita, condicionando redução da amplitude dos sulcos regionais - lesão isquémica recente/subaguda em território da ACM." Atualmente, aguarda neurocirurgia e mantém seguimento em consulta de medicina interna, para controlo de fatores de risco cardiovasculares.
Sendo rara, a doença de moyamoya é diagnosticada após eventos neurológicos agudos. O tratamento neurocirúrgico é crucial para evitar a repetição dos AVC, com eventual compromisso funcional. No caso apresentado, a repetição dos AVC e a pandemia de COVID-19 atrasaram o tratamento, numa doente com fatores de risco cardiovasculares importantes face à idade - HTA, dislipidemia e tabagismo.

PA 24

EDEMA AGUDO DO PULMÃO HIPERTENSIVO – LUTA CONTRA O TEMPO

Nídia Alexandra Pinheiro de Oliveira; Bárbara Quental; Ricardo Veiga; Joana Lemos; Ana Lemos
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O edema agudo de pulmão (EAP) é caracterizado por uma acumulação anormal de líquido no espaço extravascular pulmonar e representa uma das mais desafiantes e dramáticas síndromes cardiorrespiratórias que dão entrada nos serviços de urgência (SU) e salas de emergência (SE) de todo o mundo. Na maioria das vezes é decorrente de insuficiência ventricular esquerda e pode ocorrer por diversos motivos, tais como: cardiopatia hipertensiva, cardiopatia valvular, cardiomiopatias e distúrbios da condução elétrica, entre outras.
O diagnóstico do EAP é clínico e a sua gravidade depende da quantidade de líquido acumulado nos pulmões. Os sinais e sintomas mais característicos são dispneia intensa (habitualmente com uso dos músculos acessórios da respiração), ortopneia, tosse, expectoração rosada e espumosa. O seu tratamento tem como objectivo reduzir a pressão de preenchimento ventricular e melhorar o fornecimento de oxigénio (02).
Caso clínico: Mulher de 80 anos, com antecedentes pessoais de HTA com mais de 20 anos de evolução, anomalia glicémia em jejum e DRC em estadio 5 sob esquema de hemodialise (HD) 3

vezes por semana. Recorreu ao SU por dispneia para pequenos esforços associado a ortopneia de agravamento progressivo. Sem tosse ou expectoração. Sem toracalgia ou dispneia paroxística noturna. Desconhecia febre.
Ao exame objetivo apresentava-se consciente e orientada. Inquieta. Polipneica em repouso, Sat. O2 81% com O2 por MF FiO2 31%, TA 177/89mmHg, FC 88bpm. Na auscultação pulmonar com crepitações e sibilância dispersas. Membros inferiores com edemas até á raiz da coxa bilateralmente. A doente foi desviada para a SE para monitorização hemodinâmica, realização de terapêutica para controlo sintomático e colocada máscara com FiO2 50%.
Analiticamente com K+ 7.2, ureia 100, creatinina 6.2, mioglobina 178, troponina I 36.69 e NT proBNP 111094. Gasimetricamente com acidose respiratória e insuficiência respiratória tipo 1. Imagiológicamente com derrame pleural bilateral. No electrocardiograma (ECG) com inversão das ondas T de v4-v6.
Por se tratar de uma doente em esquema de HD, foi contactada Nefrologia de Urgência para início de diálise urgente (com progressiva resolução da acidemia e hipercaliémia e diminuição das necessidades de oxigénio).
Conclusões: O EAP é uma patologia de elevada incidência nos serviços de urgência e necessita de intervenções rápidas e precisas. Muitas vezes, no meio de serviços lotados de doentes, com diversas patologias e consequentes prioridades, torna-se de extrema importância que os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, possuam conhecimento das manifestações clínicas e possíveis causas desta entidade, para que desta forma o seu reconhecimento e tratamento possam ser o mais breves possível, dado que uma demora no seu diagnóstico pode levar ao agravamento do quadro clínico do doente, e consequentemente levar á sua morte.

PA 25

UMA EMERGÊNCIA FREQUENTEMENTE ESQUECIDA: SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS - CASO CLÍNICO

Maria José Pires; Carolina António Santos; Alexandra Wahnon; Catarina Gonçalves; Frederico Amaral Trigueiros; António Pais Lacerda
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) constitui efeito secundário grave da prescrição de neurolépticos, surgindo com hipertermia, rigidez muscular, disfunção autonómica e alteração do estado mental. É uma emergência médica rara, do foro neurológico, de evolução imprevisível e mortalidade superior a 20%.
Caso clínico: Mulher de 68 anos, acompanhada ao Serviço de Urgência (SU) pela Polícia por confusão mental, desorientação temporo-espacial, e nudez na via pública. Por heteroagressividade, necessitou de contenção com haloperidol 10 mg intramuscular. Uma hora depois a equipa de psiquiatria requisitou observação por medicina interna devido a tremor generalizado dos membros e da mandibula.
Encontrava-se vígil, com febre (38.6ºC) e taquicardia (119 bpm), sudorese profusa, movimentos involuntários da língua e da mandíbula e aumento do tónus muscular generalizado, cumprindo ordens de forma consistente. Por presunção de SMN agravada pela toma de haloperidol, iniciou dantroleno (1,5 mg/kg bólus e 1 mg/kg de 6/6 horas) e fluidoterapia.
Após três horas apresentava flutuação do estado de consciência, com abertura ocular espontânea, emissão de sons incompreensíveis, cumprindo ordens de forma inconsistente; Rigidez da nuca presente, mas sinais de Kernig e Brudzinski ausentes. Os movimentos involuntários predominantemente oromandibulares, do tipo tremor eram flutuantes, com alguma capacidade de supressão, e apresentava lateralização da mandíbula na protusão da língua, sendo administrado diazepam 5mg.
Seis horas depois apresentava-se vigíl, orientada na pessoa, ainda com rigidez da nuca. Verificou-se

melhoria dos movimentos involuntários, mantendo períodos de movimentos oromandibulares.
Às 24 horas**,** já se encontrava vigíl, orientada na pessoa e espaço, com discurso fluente e espontâneo, obedecendo a ordens simples. Confirmou toma crónica de quetiapina por antecedentes de "psicose", em doses irregulares e nas últimas 48 horas (200mg/dia). Apresentava ligeira limitação terminal da flexão cervical e dos movimentos passivos de rotação lateral cervical.
Ainda em SU, manteve redução da temperatura corporal, sem administração de antipiréticos.
Laboratorialmente destacava-se creatina quinase total de 244 U/L à admissão, com evolução ascendente para 1920 U/L. A Tomografia computadorizada crânio-encefálica não revelou alterações. Foi internada para vigilância, sob terapêutica com benzodiazepinas.
Conclusão: Em geral a SMN resulta de um aumento abrupto da dose de neurolépticos.
Este caso demonstra a importância do reconhecimento precoce da sintomatologia de uma entidade rara e a necessidade de iniciar tratamento precoce para prevenir complicações, incluindo a morte.

PA 26

UM CARO RADO - LEUCEMIA PLASMOCÍTICA AGUDA

Ana Paula Rezende; Elisabete Mendes; Jerina Nogueira; Andre Mendes; Joana Cochicho; José Miguel Silva; Rubén Raimundo; Djenabu Cassama; Adriano Mendes; Nídia Calado; Armando Nodarse; Isabel Soles
Hospital Distrital de Portalegre

A Leucemia Plasmocítica Aguda é uma neoplasia dos plasmócitos que carateriza-se por um aumento da produção de uma imunoglobulina monoclonal. É uma patologia rara e afeta 2 a 4/100.000 habitantes. A idade média de apresentação é por volta dos 65 anos. A etiologia é desconhecida, embora sejam sugeridos fatores genéticos, radiação e agentes químicos.
Doente do sexo masculino, 52 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro clínico de lombalgia com 3 meses de evolução, com limitação progressiva da mobilidade, atualmente com incapacidade para deambular. Associa-se perda ponderal de cerca de 20 Kg nesse mesmo período de tempo. Analiticamente, destaca-se bicitopenia (anemia e trombócitopenia), com hipercalcémia e alteração da função renal. Fez estudo da eletroforese das proteinas onde há aumento das cadeias alfa 2, beta e gamma. A radiografia de crânio revelou lesões líticas multifocais bem definidas. Fez ressonância magnética da coluna dorso-lombar que mostrou: "deformação em cunha de vértice anterior dos corpos vertebrais de D12 e L1, L2, L3 e L5, assim como, fratura patológica de L4, condicionando agravamento da estenose do canal central, sobretudo à direita, com conflito de espaço. Todas estas fracturas patológicas são consequência da infiltração celular neoplásica, da medula óssea hematopoiética". No internamento, foi realizado um mielograma que foi compatível com leucemia plasmocítica aguda.
O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possivel e consiste em quimioterapia associado a corticoterapia. O diagnóstico precoce é fundamental para o início do tratamento ser o mais breve possível. Trata de uma doença incurável e com prognóstico reservado.
Neste caso, a história clínica e os exames complementare realizados aquando da admissão no serviço de urgência permitiram levantar a suspeita clínica de uma neoplasia hematológica e orientar o estudo para esclarecimento dessa mesma hipótese.

PA 27

CEFALEIA DE CAUSA RARA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Freitas Ribeiro; Ana Matos; Tiago Alves; Carolina Cardoso; Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A cefaleia é um dos motivos de admissão mais comuns em Serviço de urgência, podendo apresentar diversas etiologias. Uma história clínica e exame objetivo detalhados são essenciais na marcha diagnóstica e na decisão sobre possíveis exames complementares de diagnóstico.
Caso clínico: Mulher, 36 anos, puérpera, sem antecedentes patológicos conhecidos ou toma

crónica de medicação. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia na região frontal com cerca de uma semana de evolução e prostração desde o dia anterior. À observação apirética e hemodinamicamente estável, sem abertura ocular, emitindo sons incompreensíveis e localizando a dor [Escala Coma Glasgow (ECG): 8 pontos], sem sinais meníngeos e sem défices neurológicos focais aparentes. Analiticamente sem alterações relevantes. Tomografia computorizada crânio-encefálica revelou importante hidrocefalia com dilatação dos ventrículos laterais, existindo lesão hipodensa centrada à região dos foramina de Monro/III ventrículo – provável quisto coloide. Transferida para a Unidade de Neurocríticos do Hospital Central de referência, onde foi colocada derivação ventricular externa, com posterior melhoria, e realizada ressonância magnética que confirmou quisto coloide como causa de hidrocefalia aguda. Feita exérese tumoral endoscópica do quisto, tendo tido alta sem défices neurológicos (ECG: 15 pontos).

Conclusões: Os quistos coloides são tumores benignos, de crescimento lento, que podem interromper o fluxo normal do líquido cefalorraquidiano. Por norma são assintomáticos, mas a apresentação clínica varia desde cefaleia inespecífica a sinais de hipertensão intracraniana. Alguns condicionam hidrocefalia aguda e podem mesmo levar a morte súbita. Têm uma incidência calculada em 3 pessoas por milhão num ano, representam 0,5 a 1% dos tumores intracranianos primários e 15 a 20% dos intraventriculares.

PA 28

CHOQUE ANAFILÁTICO POR MORDEDURA DE VIPERA-LATASTEI

Catarina Maciel; Margarida Contente; Sérgio Carvalho; Inês Soares; Rui Terras Alexandre; Francisco Esteves
CH Trás os Montes

A abordagem do choque anafilático deve ser sistematizada, quer no pré-hospitalar, quer na admissão em sala de emergência (SE). O reconhecimento precoce do alergénio que o despoletou tem importante repercussão na gestão eficaz do choque e do controlo da disfunção multiorgânica que se estabelece em escassos minutos. Porém, em circunstâncias em que a sua identificação esteja comprometida, a história clínica e o exame físico detalhados poderão dar pistas que evitem um desfecho fatal.

Apresentamos o caso de um homem de 72 anos, admitido em SE em choque distributivo com disfunção neurológica, respiratória e cardiovascular de difícil controlo. Abordado inicialmente pela equipa pré-hospitalar, tendo sido encontrado obnubilado num campo agrícola, junto à sua viatura. Não era capaz de fornecer história clínica. Na admissão em SE, apresentava-se com edema marcado da face, lábios e língua, sem estridor, polipneico com saturação de 92% em ar ambiente com tiragem subcostal e frequência respiratória de 28 cpm com cianose central, em choque franco com tensão arterial (TA) não mensurável, hipoperfusão das extremidades e hiperlactacidemia, abdómen doloroso, algaliado sem diurese, agitado e com discurso incoerente e com edema marcado da mão direita, com lesões de mordedura de animal. Necessidade de fluidoterapia agressiva, corticoterapia em dose de choque, morfina para controlo de dor e suporte vasopressor a um máximo de 30ml/h (1,1mcg/kg/min), com rebate deficitário sobre disfunções identificadas.

Após diálogo com familiares, apurado contexto de mordedura de víbora cornuda após colocar a mão numa cova no solo onde se confirmou existência do réptil referido. As lesões de mordedura eram compatíveis com a identificação do animal e circunstância geográfica para o evento. Foi solicitado soro antiofídico como estratégia de controlo de choque, para além das medidas instituídas e o doente foi admitido em unidade de cuidados intensivos por choque anafilático por mordedura de víbora com disfunção multiorgânica.

O doente evoluiu favoravelmente com reversão do choque após 36h, sem reações de hipersensibilidade ao soro antiofídico ou reações tardias. Desenvolveu, posteriormente, celulite do membro lesado para o qual foi instituída antibioterapia. Este caso ilustra a importância de reconhecer prontamente o choque anafilático e correlacioná-lo com as circunstâncias em que o mesmo se estabelece. Face à refrataridade sustentada do choque na SE, foi fundamental

associar a mordedura de víbora e iniciar a administração do antídoto em tempo útil.

PA 29

RABDOMIÓLISE: UM MIMETIZADOR DE DOENÇA GRAVE

Eulália Antunes; Joana Vieira Naia; Elisa Condez; Vanessa Palha; Valentim Lopes; Dolores Vazquez; Ana Luísa Azevedo; Arnaldo Pires
Hospital de Braga

A toracalgia é um sintoma que nos deixa sempre em alerta, podendo representar um evento coronário agudo ou patologia aguda da aorta, como disseção. No entanto há outras doenças que podem apresentar-se com a mesma sintomatologia.
Apresentamos o caso de uma mulher de 47 anos, natural do Brasil, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual, que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia severa de início súbito associada a vómitos e hipersudorese. A doente referia dor retroesternal e no hemitórax esquerdo, em cólica, sem irradiação para os membros superiores, tórax posterior ou mento, com uma intensidade de 10 em 10 e associada a dispneia. Encontrava-se hemodinamicamente estável. Realizada gasimetria de imediato que revelou hiperlactacidémia. O eletrocardiograma não revelou alterações. Apesar das medidas analgésicas instituídas, a doente manteve dor severa. Dada a suspeita de patologia aórtica aguda, foi realizada tomografia computadorizada com contraste que não evidenciou alterações de relevo. O estudo analítico mostrou aumento da CK total e mioglobina, compatível com rabdomiólise, a troponina I foi negativa e sem curva ascendente, assim como a TSH. A doente iniciou de imediato fluidoterapia, sendo reforçada a terapêutica analgésica e ansiolítica, com alívio progressivo da dor. Foi possível apurar da história clínica que a doente tinha iniciado recentemente exercício físico vigoroso e diário, estando a realizar o mesmo aquando do início da dor. A doente ficou internada no Serviço de Medicina Interna com normalização dos parâmetros de rabdomiólise, não tendo sido encontradas outras alterações no estudo realizado. A rabdomiólise é uma síndrome clínica que envolve rutura do tecido muscular, podendo apresentar-se de variáveis formas, sendo a dor aguda rara. Os autores relatam este caso pela forma pouco habitual de apresentação desta patologia que pode mimetizar doenças mais graves e que requerem uma atuação rápida e eficaz.

PA 30

ISQUEMIA AGUDA DE MEMBRO EM DOENTE COVID-19

Manuel Almeida; Isa Cordeiro; Alexandre Pais Baptista
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: Defeitos na coagulação já foram anteriormente descritos em infeções respiratórias virais principalmente em casos mais graves. A disfunção endotelial, inflamação, libertação de citocinas e a hipoxia, verificada na infecção por SARS-CoV2, contribuem para eventos trombóticos.
Caso clínico: Masculino, 44 anos, nacionalidade romena, sem antecedentes de relevo, sem toma de vacina SARS-CoV2, recorre ao serviço de urgência por febre, tosse, mialgias e ageusia com 7 dias de evolução.
Exame objetivo sem alterações de relevo a destacar necessidade de oxigenoterapia. Analiticamente ligeiras linfopenia e trombocitopenia, aumento de ferritina e enzimas hepáticas. Gasometria evidenciava insuficiência respiratória tipo 1 e na radiografia de tórax infiltrados intersticiais periféricos bilaterais. Pesquisa SARS-CoV2 positiva. Internado primeiramente em enfermaria tendo-se observado a necessidade crescente de aporte de oxigénio tendo sido transferido ao 3º dia de internamento para UCI com necessidade de realização oxigenoterapia nasal de alto fluxo.
Ao 5º dia doente desenvolve dor súbita no membro superior esquerdo, associado a palidez cutânea e parestesias na região da mão, objetivamente não se palpavam pulso radial e umeral. Doppler arterial apenas fluxo na artéria axilar. Realiza angio-TC que revela oclusão da artéria braquial no segmento médio e distal do braço esquerdo, verificando-se reabitação da artéria cubital por circulação colateral, bem como oclusão

artérias radial no terço distal do antebraço e artérias da mão.
Transferido para o Hospital de referência onde é submetido a tromboembolectomia sem intercorrências. Posteriormente transferido para o Hospital da área de residência para manutenção de cuidados. Verificando-se uma melhoria clínica tendo tido alta para o domicílio refrenciado a consulta pós-COVID.
Discussão: Doentes com COVID-19 a isquemia aguda de um membro ocorre predominantemente devido a trombose ou embolia de uma artéria de médio ou grande calibre, sendo mais comum em membros inferiores. No nosso caso trata-se de um acontecimento menos comum, um grande vaso do membro superior.
O seu reconhecimento precoce e o seu tratamento contribuem para a redução de mortalidade e a salvação do membro sendo necessária especial atenção para estes eventos em doentes com infeção grave por SARS-CoV2 e ao estado de hipercoagulabilidade associado uma vez que estes eventos contribuem para o aumento da mortalidade em comparação a doentes sem infeção.

PA 31

SÍNDROME DE OLGIVIE – RELATO DE UM CASO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Antony Dionísio; Cristina Carvalho Gouveia; Andreia Machado; Cristiana Camacho; Joana Duarte
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A síndrome de Olgivie ou pseudo-obstrução intestinal caracteriza-se por um quadro de distensão abdominal sem identificação de obstrução mecânica. A etiologia e fisiopatologia não estão totalmente esclarecidas, existindo vários fatores predisponentes, nomeadamente disautonomia, hipoperfusão, alterações endócrino-metabólicas, iatrogenia medicamentosa e intercorrências infeciosas.
Caso clínico: Homem de 70 anos, diabético, hipertenso, totalmente dependente no contexto sequelar de acidente vascular cerebral hemorrágico anterior. Recorreu ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal associada a obstipação com três dias de evolução. À observação com abdómen distendido, global-mente timpanizado e ruídos hidroaéreos de intensidade aumentada e timbre normal.
Apresentava dor à palpação profunda e duvidosos sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com hipocaliémia de 2.4 mmol/l e sedimento urinário com leucócitos incontáveis. Realizou radiografia abdominal (imagem 1) com distensão cólica muito exuberante, com imagem em grão de café, levantando a suspeita de obstrução intestinal mecânica por volvo intestinal. Para esclarecimento do quadro clínico realizou tomografia computorizada (TC) abdominal (imagem 2 e 3) que revelou distensão exuberante do cólon sigmoide e descendente (11cm de calibre máximo), de forma não contínua, sem evidência de focos obstrutivos ou sinais indiretos de isquemia intestinal. Por ausência de evidencia de obstrução mecânica assumido o diagnóstico de síndrome de Olgivie no contexto de infeção do trato urinário, hipocaliémia grave, e possível disautonomia. Iniciou terapêutica conservadora, com correção hidroeletrolíticas e antibioterapia. Na tentativa de descompressão intestinal, foi colocada sonda nasogástrica com drenagem de conteúdo de estase e sonda de enteróclise com drenagem de aproximadamente 2000cc de conteúdo gasoso em uma hora. Sem evidência de melhoria clínica administrados 0,5mg de neostigmina endovenosa, com consequente desenvolvimento de bradicardia sinusal e hipotensão, não tendo por este motivo repetido a administração.
Foi internado, demonstrando melhoria clínica e imagiológica progressiva após correção completa dos distúrbios hidroeletrolíticos e resolução de quadro infecioso.
Conclusão: Divulgamos um caso de síndrome de Olgivie com apresentação clínica e imagiológica exuberante, realçando a importância da realização de exames de imagem no diagnóstico e exclusão de obstrução mecânica. No tratamento destes doentes é priorizada uma abordagem conservadora, no entanto deve ser mantida vigilância apertada, uma vez que existe um elevado risco de perfuração intestinal com elevada taxa de mortalidade.

PA 32

NÃO ERA APENAS UMA GASTROENTERITE

Maria Manuel Costa; Joana Rodrigues
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

A síndrome de Guillain-Barré é uma doença rara, com incidência variável mundialmente, afectando preferencialmente homens. Consiste numa polineuropatia aguda/subaguda, imunomediada, desencadeada geralmente por um processo infeccioso, que atinge o sistema nervoso periférico, causando fraqueza muscular progressiva e simétrica acompanhada por diminuição ou ausência de reflexos tendinosos. Possui numerosas variantes, distinguíveis pelo fenótipo, patofisiologia e características neurofisiológicas. O diagnóstico é clínico, sendo corroborado pelo aumento das proteínas no liquido cerobroespinhal e por estudos eletromiográficos. O tratamento passa por medidas de suporte, nomeadamente ventilatório, associadas geralmente a ciclos de imunoglobulina ou plamaferese. O prognóstico é variável, de acordo com o subtipo e a presença ou ausência de factores de mau prognóstico.
Apresenta-se caso de homem de 22 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação crónica. Recorre ao SU por quadro de fraqueza simétrica e global dos membros, precedido em 4 dias por gastroenterite aguda, já resolvida. Objectivada tetraparésia simétrica de predomínio distal e arreflexia do tendão de Aquiles. Do estudo realizado: líquido cérebro-raquidiano com aumento das proteínas e contagem celular normal e electromiografia a revelar sinais neurofisio-lógicos compatíveis com síndrome de Guillain Barré, com características neurofisiológicas de polirradiculoneuropatia axonal motora - variante AMAN. Alocado inicialmente aos cuidados intensivos pelo risco de compromisso respiratório, tendo feito ciclo de 5 dias de imunoglobulinas, com evolução favorável. Cumpriu reabilitação motora intensiva e em reavaliação em consulta externa de Neurologia passados 3 meses, objetivada melhoria lenta da força muscular.
Com este caso os autores pretendem apresentar relato de uma síndrome ainda não totalmente compreendido mas que pode acarretar grande morbi-mortalidade. Pretende também alertar para o facto que em pessoas jovens pode ser uma condição ameaçadora de vida, com potencial impacto negativo a médio e longo prazo.

PA 33

VIA VERDE DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rita Serejo Portugal; Juliana Mortágua; Nuno Catorze
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo e na população portuguesa. A trombólise serviu de catalisador para grandes alterações no que diz respeito à abordagem e tratamento de doentes com AVC isquémico. De acordo com as recomendações do *National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)* o tempo decorrido entre a admissão hospitalar e a realização de fibrinólise não ultrapasse os 60 minutos. A hemorragia intracraniana é a maior complicação associada à trombólise e os principais fatores de risco são idade avançada, hipertensão arterial, diabetes e *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)* mais elevados.
Objetivos: Caracterizar os doentes com AVC isquémico, submetidos a trombólise, num Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar, avaliar o tempo de atuação para início de tratamento de fase aguda e analisar a taxa de mortalidade e complicações hemorrágicas.
Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de todos os doentes admitidos por AVC isquémico, submetidos a trombólise, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020. Foram recolhidos dados sociodemográficos, tempos assistenciais, comorbilidades e outras variáveis clínicas através da consulta do processo clínico.
Resultados: Nestes 10 anos foram submetidos a trombólise 203 doentes, a maioria do género masculino (54.2%) e idade média de 74 anos. A maioria dos doentes apresentava pelo menos 1 fator de risco cardiovascular e 20.2% dos doentes já tinham tido um evento cardiovascular no passado (AVC isquémico, síndrome coronário agudo ou acidente isquémico transitório). O tempo de porta-agulha médio foi de 61 minutos. A nível neurológico verificou-se uma melhoria na

pontuação do NIHSS com pontuações médias de 13 (+-6) à admissão, diminuindo para 10 (+-7) aos 30 minutos após fibrinólise e 9 (+-6) 2 horas após fibrinólise. No que diz respeito a complicações, 14.8% dos doentes desenvolveram complicações hemorrágicas, 70% das quais reportaram-se a hemorragia cerebral e os restantes correspon-deram a complicações hemorrágicas diversas como hemorragia digestiva, da cavidade oral ou no local da punção. A taxa de mortalidade foi cerca de 2.5% às 48h e 13.3% aos 30 dias, essencialmente por causas diretamente relacionadas com a trombólise nas primeiras 48h (essencialmente hemorragia cerebral) e por causas infecciosas aos 30 dias (62.9%).

Conclusões: O tratamento precoce é deter-minante para o tratamento do AVC. Nos doentes avaliados neste trabalho o tempo porta-agulha foi sobreponível ao estabelecido nas recomendações internacionais e com isso observou-se uma melhoria dos défices após início da trombólise. As complicações hemorrágicas, são as mais frequentes, nomeadamente hemorragia cerebral. De acordo com o estado de arte, a taxa de mortalidade do AVC aos 30 dias é cerca de 19%, ou seja, ligeiramente superior ao verificado na população estudada.

PA 34

DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA E LESÃO RENAL AGUDA – UM CASO DE INTOXICAÇÃO FARMACOLÓGICA

Antony Soares Dionisio; Diogo Lima; Maria João Correia; Cristina Carvalho Gouveia; Rodrigo Duarte; Andreia Machado; Cristiana Camacho; Sofia Duque
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O Carbonato de Lítio apresenta eficácia comprovada no tratamento da doença bipolar, sendo eficaz na prevenção de fases depressivas e fases maníacas. Contudo, a sua prescrição tem diminuído significativamente nos últimos anos pelos efeitos secundários associados e risco de disfunção multiorgânica ao atingir concentrações tóxicas. O efeito adverso mais comum é o desenvolvimento de diabetes insipidus nefrogênica, acometendo 20% a 40% dos pacientes. A lesão renal aguda oligúrica, embora menos frequente, pode ocorrer em consequência do uso de lítio.

Caso clínico: Homem, 52 anos, antecedentes de hipertensão arterial, alcoolismo, perturbação depressiva e doença bipolar (30 anos de evolução), medicado com lítio 400mg 1 comprimido e meio de 12 em 12 horas, com seguimento esporádico em psiquiatria, por fraca adesão. Recorre ao serviço de urgência por quadro com duas semanas de evolução de perda de força dos membros inferiores, dificuldade em assumir ortostatismo, lentificação, confusão, alucinações visuais, tremor, ataxia, astenia, oligúria, anorexia e vómitos aquosos. À observação a destacar lentificação psicomotora e tremor não intencional dos membros superiores. Dos exames comple-mentares realizados evidenciou-se presença de lesão renal aguda grave com creatinina 6.71 mg/dl, ureia 163 mg/dl com hiponatremia 131 mmol/l e hipocaliémia 2.5 mmol/l. Por suspeita de intoxicação por lítio, solicitado doseamento laboratorial, confirmando a suspeita clínica, litémia 3.5 mmol/l (valor tóxico). Realizou fluidoterapia intensiva, sem evidência de recuperação de débito urinário. Foi internado na Nefrologia por necessidade de terapêutica dialítica. Após terceira sessão de hemodiálise com melhoria clínica e analítica, diminuição da litémia e recuperação do débito urinário. Teve alta contra parecer médico ao fim do terceiro dia de internamento, previamente avaliado por psiquia-tria com indicação para suspensão de lítio e início de olanzapina e ácido valproico.

Discussão: A divulgação deste caso pretende alertar para a toxicidade do carbonato de lítio, podendo nalguns casos estar na origem de lesão renal aguda grave com necessidade de tratamento dialítico. Com a redução da sua prescrição, a intoxicação por lítio tornou-se menos frequente, realçando-se a importância de um elevado índice de suspeição para se conseguir o diagnóstico. O seguimento e monitorização regular destes doentes assume extrema importância na prevenção de situações de toxicidade, devendo ser equacionadas alternativas nas suspeitas de fraca adesão terapêutica.

PA 35

CETOACIDOSE DIABÉTICA E SÍNDROME HIPEROSMOLAR HIPERGLICÉMICO – A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Antony Dionísio; Maria Leonor Lopes; Cristina Carvalho Gouveia; Cristiana Camacho; Andreia Machado
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O síndrome hiperosmolar hiperglicémico (SHH) e a Cetoacidose Diabética (CAD) são emergências potencialmente fatais da Diabetes Mellitus (DM) que requerem identificação e intervenção terapêutica atempadas.
Objetivos: Este trabalho tem por objetivo caracterizar as admissões no serviço de urgência (SU) por descompensações metabólicas agudas de DM.
Material e métodos: Estudo retrospetivo das admissões no SU de um hospital central de janeiro 2019 a dezembro 2020. Foram incluídos todos os doentes com idade superior a 18 anos com diagnóstico primário ou secundário de CAD ou SHH, de acordo com classificação de ICD-10 e ICD-11.
Resultados: Incluídos 92 doentes, 63% do sexo feminino com idade média de 55 anos. 9,7% não apresentavam história conhecida de DM e 54% tinham DM tipo 2. A complicação mais prevalente foi a CAD, representando 62% das admissões.
Das admissões por CAD, 57% eram do sexo feminino, com idade média de 43 anos, 70% tinham DM tipo 1 e 14% não tinham história conhecida de DM. As causas de descompensação mais frequente foram incumprimento terapêutico em 52,6% e infeção em 22,8%. A glicémia média à admissão foi 583,34 mg/dl, cetonemia 6,6 mmol/l e pH 7,17. O tempo médio de permanência no SU foi 1,63 dias, com uma taxa de mortalidade hospitalar de 1,7%. Relativamente ao destino, 63,1% foram internados, 5,3% em unidade de cuidados intensivos e 12,3% em unidade de cuidados intermédios, com duração média de internamento de 12 dias. Foram encaminhados para consulta hospitalar 26,3% e 3,5% para cuidados de saúde primários.
Quanto às admissões por SHH, 71% eram do sexo feminino, com idade média de 69 anos, 91% apresentavam DM tipo 2 e 3% não apresentavam diagnóstico prévio de DM. As causa mais frequente de descompensação foram incumprimento terapêutico em 37% dos casos e infeção em 28,3%. A glicémia média foi 742,85 mg/dl, cetonemia 1,06 mmol/l e pH 7,39. O tempo de permanência no SU foi em média 1,7 dias e a taxa de mortalidade hospitalar 2,8%. Quanto ao destino, 37% necessitaram de internamento, 2,8% em unidade de cuidados intensivos, com duração média de 25 dias. Foram referenciados a consulta hospitalar 45,7% e para cuidados de saúde primários 14,2%.
Discussão: A descompensação mais prevalente foi a CAD, com maior taxa de internamento hospitalar e admissão em unidade de cuidados intensivos, refletindo maior gravidade. Tanto na CAD como no SHH a causa de descompensação mais frequente foi o incumprimento terapêutico. Destaca-se que nos casos de CAD se identificou um elevado número de doentes sem diagnóstico prévio de DM, o que pode dificultar o diagnóstico e intervenção terapêutica. Estes resultados reforçam a importância dos cuidados de ambulatório no rastreio, seguimento e adesão terapêutica dos doentes diabéticos, prevenindo descompensações potencialmente fatais.

PA 36

UM OSSO DURO DE ROER

Cláudia Rodrigues Alves; Joana Vieira Jardim; Luísa Wandschneider
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A perfuração intestinal, definida como uma perda de continuidade da parede intestinal, é uma complicação potencialmente devastadora que pode resultar de uma variedade de processos patológicos e constitui um desafio diagnóstico no serviço de urgência (SU).
Caso Clínico: Homem, 52 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao SU por quadro de dor no flanco e fossa ilíaca esquerdos, com início súbito e evolução de cerca de 12 horas. Ao exame objectivo encontrava-se febril, hemodinamicamente estável e com palpação abdominal dolorosa ao nível do flanco esquerdo, com reacção peritoneal, sem massas ou organomegalias palpáveis. Do estudo realizado, salientou-se, analiticamente, neutrofilia com elevação da

proteína C reactiva. Por dor abdominal refractária à analgesia, realizada tomografia computorizada abdominopélvica (TC-AP) com contraste que revelou área de espessamento parietal no sigmóide com densificação da gordura adjacente condicionada por formação de elevada densidade, com 35mm, impactada na parede do sigmóide, sugestivo de corpo estranho (provável osso), com ligeiro pneumoperitoneu associado. Alterações estas sugestivas de perfuração do sigmóide pelo corpo estranho referido. Em regime de internamento iniciou antibioterapia empírica, com boa evolução clínica e analítica. Na repetição da TC-AP, ao sétimo dia de internamento, verificou-se melhoria dos sinais inflamatórios supradescritos, já não sendo visualizável o corpo estranho, e com resolução do pneumoperitoneu. Teve alta com encaminhamento para consulta externa de Cirurgia Geral.

Conclusões: A ingestão acidental de corpos estranhos é um problema clínico comum no serviço de urgência. A maioria dos corpos estranhos ingeridos passa pelo trato gastrointestinal sem consequências, no entanto, raramente, em aproximadamente 1% dos casos, pode ocorrer perfuração. O reconhecimento precoce e o tratamento imediato de perfuração são essenciais para prevenir a morbilidade e potencial mortalidade desta condição.

PA 37

PURPLE URINE BAG SYNDROME: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Rita Pinto Araújo; Diana Dias; João Gonçalves; Luís Andrade
Hospital Feira

Introdução: O *purple urine bag syndrome* (PUBS) é uma situação rara, descrita inicialmente em 1978 e que ocorre em doentes algaliados com infeção do trato urinário. Ocorre mais frequentemente em mulheres e idosos e associa-se a obstipação e doença renal crónica. O sulfato resultante da metabolização bacteriana intestinal é expelido na urina e digerido em indoxil por bactérias como *Escherichia coli, Proteus mirabilis, Morganella morganni, Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*. Posteriormente, o indoxil converte-se em pigmentos no saco da algália, dando-lhe a coloração roxa. O PUBS é considerado habitualmente uma entidade benigna, embora, ocasionalmente, possa estar associado a complicações graves, pelo que o seu diagnóstico é fundamental.

Caso clínico: Homem de 76 anos, previamente autónomo e cognitivamente íntegro. Tinha antecedente de adenocarcinoma da próstata, tendo sido submetido a prostatectomia radical com posterior cistostomia suprapúbica. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 1 dia de evolução caracterizado por oligúria com urina mais escura, anorexia com episódio de vómito alimentar e edema assimétrico dos membros inferiores. Cerca de 3 semanas antes iniciou dor a nível do membro inferior direito, tendo sido diagnosticado com flebite e medicado com corticoterapia e anti-inflamatórios sistémicos. À admissão no SU apresentava-se polipneico, com pele fria e marmoreada e edema da coxa direita com crepitação à palpação, sobretudo na sua face distal. O saco da algália e a tubuladura continham urina com cheiro fétido e de coloração roxa. Analiticamente apresentava disfunção hematológica, elevação dos parâmetros de inflamação, hiperlactacidemia, agravamento da função renal com hipercaliemia e hiponatremia, disfunção hepática e evidência de mionecrose/rabdomiólise. O exame sumário de urina mostrou leucocitúria, embora sem nitritos, eritrocitúria e proteinúria. A tomografia computorizada pélvica mostrou espessamento e densificação dos planos moles da hemipelve e coxa direita com dispersas bolhas gasosas, assim como junto à sínfise púbica, e ainda uma extensa coleção líquido-gasosa laminar na vertente lateral dos planos musculares da coxa direita. Assumiu-se choque sético por infeção urinária associada a cistostomia complicada com fasceíte necrotizante por contiguidade. O doente foi submetido a fasciotomia e desbridamento da fasceíte, mas evoluiu desfavoravelmente, falecendo em menos de 24 horas desde a admissão no SU.

Conclusões: Apesar do PUBS ser uma entidade clínica habitualmente benigna, a sua identificação é essencial para prevenir e identificar complicações raras como a apresentada neste caso.

PA 38

INTOXICAÇÃO POR LSD: PERDIDA NA MONTANHA!

Diana Andrade Silva (MD)[1]; Fátima Salazar (RN)[2]
[1]Unidade de Saúde da Ilha do Pico (Serviço de Atendimento Permanente); Clube de Futebol "Os Belenenses"; [2]Unidade de Saúde da Ilha do Pico (Serviço de Atendimento Permanente).

Os episódios de urgência associados ao uso de substâncias de abuso têm aumentado. Este consumo, mesmo recreativo, aumenta a morbilidade e a mortalidade.

Relata-se o caso de uma mulher, de 25 anos de origem alemã, aparentemente saudável, com índice de massa corporal normal, sem alergias conhecidas e sem medicação crónica, de férias em Portugal, encontrada perdida em montanha de Ilha Portuguesa. Foi transportada pelos bombeiros ao Serviço de Urgência, neste caso, Serviço de Atendimento Permanente (SAP), em plano duro e com colar cervical (com suspeita de eventual traumatismo crânio-encefálico), consciente, com um quadro de desorientação, discurso confuso e frequência cardíaca elevada.

À admissão apresentava um estado de desorientação geral e ansiedade, discurso desorganizado, agitação psicomotora, com aparente alucinações, além de diaforese, diversas escoriações, com temperatura auricular de 37.4º, taquicardia (FC 135 bpm), elevação da tensão arterial, TA= 145- 90 mmHg e SATO2%98 (em ar ambiente) e traçado eletrocardiográfico com taquicardia sinusal e bloqueio incompleto de ramo direito. Foram colocados acessos venosos e realizada colheita de sangue e urina para análise laboratorial. Além de adaptação do ambiente (arejamento do local, diminuição da intensidade da luz e do som e proteção da doente).

Admitido o uso de LSD (nos 30 minutos após a entrada, com exclusão de TCE e confirmação da ingestão de LSD), iniciou fluidoterapia, arrefecimento corporal, terapêutica com haloperidol e diazepam, foi feito contacto com psiquiatria (para apoio e confirmação no doseamento de fármacos, devido a distância do Serviço de Psiquiatria).

Ficou no SAP, com melhoria do estado geral e com alta em menos de 24 horas.

Este caso serve para perceber a importância dos clínicos estarem familiarizados com a intervenção, em caso de intoxicações agudas por substâncias não medicamentosas, e com este tipo de padrão de consumo recreativo e as suas potenciais complicações.

PA 39

SÍNDROME TIPHOID- LIKE: ALERTA PARA REAÇÕES ADVERSAS VACINAIS

Ana da Mota Magalhães; Gonçalo Pereira Cruz; Ana Linda Borges
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome *tiphoid- like* caracteriza se por dejeções aquosas e febre. Esta mimetiza o quadro que o microorganismo *Salmonella entérica Typhi* causa. Numa reação pós vacinal, sendo esta vacina inativada, contendo polissacarídeos da cápsula da bactéria, estão descritas poucas reações, sendo as mais frequentes relacionadas com o local da aplicação como dor (3,6% a 9,4%); vermelhidão (2,4% a 5,4%) e edema (1,7% a 1,8%).

Caso clínico: Sexo masculino, 31 anos, recorre ao SU por mialgias e parestesias nos membros inferiores. Associadamente referia diarreia e vómitos com dor abdominal intensa em cólica. Referia 2 picos febris (temperatura máxima 38ºC). No dia anterior teria realizado vacinas (reforço Hepatite B, febre amarela e febre tifoide). De história médica passada conhecida teria uma doença celiaca em estudo. Ao exame objetivo estava descorado e polipneico com abdómen doloroso a palpação profunda de forma difusa. Analiticamente com leucocitose em contexto de desmarginilização de leucócitos e PCR negativa, com taquicardia sinusal no eletrocardiograma.

Realizou se terapêutica de suporte com fluido terapia e analgesia com melhoria do quadro clínico.

Conclusão: Este caso clínico pretende alertar para reações adversas a vacina da febre tifoide visto que, sendo raro esta mimetizar a doença, é necessário uma especial atenção em contexto de urgência com contexto epidemiológico.

Referências:

1.N S Cumberland [1], J St Clair Roberts, W S Arnold, R K Patel, C H Bowker. Typhoid Vi: a less reactogenic vaccine J Int Med Res. 1992 Jun;20(3):247-53.

2. Farah Naz Qamar [1], Mohammad Tahir Yousafzai [2], Asif Khaliq [1], Sultan Karim [1], Hina Memon [1], Amber Junejo [1], Inayat Baig [1], Najeeb Rahman [1], Shafqat Bhurgry [3], Hina Afroz [4], Uzma Sami [4] Adverse events following immunization with typhoid conjugate vaccine in an outbreak setting in Hyderabad, Pakistan. Vaccine. 2020 Apr 23;38(19):3518-3523. Epub 2020 Mar 20.
3.Carlos A Guzman [1], Stefan Borsutzky, Monika Griot-Wenk, Ian C Metcalfe, Jon Pearman, Andre Collioud, Didier Favre, Guido Dietrich Vaccines against typhoid fever Vaccine. 2006 May 1;24(18):3804-11. Epub 2005 Sep 19.

PA 40

SÍNDROME DA VEIA CAVA: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA E IMAGEM

Diana Dias; Rita Santos; Márcia Meireles
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A síndrome da veia cava superior (VCS) resulta de uma obstrução ao fluxo sanguíneo provocada por um fenómeno compressivo (invasão tumoral, compressão tumoral/gânglionar) e/ou trombose, podendo associar-se à presença de dispositivos. Clinicamente, apresenta-se frequentemente com edema dos membros superiores e face, dispneia e cefaleia.
Caso clínico: Doente de 86 anos, com adenocarcinoma do cólon, submetido a tratamento cirúrgico e quimioterapia (QT) adjuvante, tendo completado 5 anos de vigilância sem recidiva da doença. Recorreu ao serviço de urgência por edema persistente dos membros superiores e face com 1 mês de evolução, associado a cefaleia holocraneana de predomínio matutino e congestão nasal. Sem introdução recente de fármacos e sob diurético de ansa, anti-histamínico e descongestionantes nasais desde há uma semana, sem melhoria clínica. Ao exame objetivo destacava-se edema peri-orbitário e dos membros superiores, simétrico e com pitting; sem edema dos membros inferiores, ascite ou sinais de estase pulmonar. O estudo efetuado revelou ausência de insuficiência renal, hipoalbuminemia, proteinúria, disfunção tiroideia ou elevação do peptídeo natriurético tipo B. Perante doente com antecedentes oncológicos, pedida medição de D-dímeros, que se revelaram elevados (>5000 ng/mL); realizada angiotomografia de tórax que evidenciou um trombo obliterante da VCS até à aurícula direita, associado à presença de um cateter venoso central (CVC) subclávio direito, e estendendo-se à veia braquiocefálica esquerda, efetuando-se a circulação por colaterais, com drenagem do hemicorpo superior pela veia cava inferior. Portanto, diagnóstico de síndrome da VCS em contexto de trombose associada a cateter, em doente com realização prévia de QT e com adiamento da sua remoção. Foi iniciada hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular e agendada remoção do dispositivo.
Conclusões: Este caso clínico visa relembrar a importância da marcha diagnóstica perante a presença de edema periférico, com especial atenção à sua distribuição e exclusão de patologia renal, hepática ou cardíaca que possa estar subjacente. A possibilidade de síndrome da VCS deverá ser equacionada em doentes com clínica de edema limitado à face e membros superiores, destacando-se a importância de excluir iatrogenia perante doentes com CVC e/ou outras condições pró-trombóticas.

PA 41

UM ANO DE TRANSPORTES INTER-HOSPITALARES NA ÁREA COVID: A REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Maria Inês Bertão; Ivo Barreiro; André Carvalho; Margarida Gaudêncio; Ivo Barreiro; Rosário Santos Silva; Abilio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A Pandemia COVID-19 implicou uma reestruturação dos hospitais e reorganização de Serviços, nomeadamente do Serviço de Urgência (SU). Foram criadas urgências com circuitos próprios para avaliação de doentes com sintomatologia respiratória, compatível com COVID. Num hospital distrital, acresce a necessidade de transferência de doentes críticos para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
Objetivos: Os autores apresentam a caracterização dos doentes com infeção SARS-COV2 com necessidade de internamento em UCI transferidos de um Hospital distrital para um Hospital Central. Esta caracterização baseou-se em critérios epidemiológicos, análise de fatores de risco e comorbilidades, terapêutica instituída, necessidade de suporte ventilatório, destino, condições

em que decorreu a transferência e taxa de mortalidade aos 3 meses.

Material e métodos: Estudo retrospetivo onde foram analisados todos os doentes com COVID que foram transferidos para UCI durante 1 ano. O tratamento dos dados foi realizado recorrendo ao SPSS®.

Resultados: Durante o período de análise, foram transportados 33 doentes para UCI. Verificou-se uma prevalência do género masculino e a idade média dos doentes transferidos foi de 61 anos. A maioria dos doentes transferidos reunia critérios de doença grave de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde (DGS). À admissão, os doentes que foram transferidos apresentavam-se, em média, no 6º dia de sintomas. A insuficiência respiratória foi o principal motivo de internamento. O atingimento pulmonar foi avaliado por Tomografia Computorizada torácica em 54,5% dos doentes, sendo que, na maioria o atingimento foi classificado como grave. Dos doentes transferidos, a maioria apresentava fatores de risco relacionados com evolução para doença grave. A maioria apresentava doenças crónicas: DPOC, asma, diabetes *mellitus*, cirrose hepática e obesidade. Todos os doentes, previamente ao transporte, foram submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva. As terapêuticas mais efetuadas nestes doentes foram: remdesivir, dexametasona e, nos casos de sobreinfeção bacteriana, antibioterapia. Verificou-se que 28,6% dos doentes transferidos faleceram aos 3 meses.

Conclusões: Com este trabalho, foram analisados os doentes COVID transferidos para UCI em estado crítico. Estes doentes apresentavam comorbilidades e a sua gravidade exigiu a sua transferência para UCI. No entanto, os autores concluem que a sobrevida global aos 3 meses foi satisfatória, fruto de uma abordagem inicial correta mas também de uma transferência atempada.

PA 42

CARACTERIZAÇÃO DE CLUSTERS DE CASOS DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA

José Pedro Vinhal; Filipe Machado; Ana Lima; Helena Maia; Rita Maciel
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: *Legionella pneumophila (L. pneumophila*) é uma bactéria aeróbica, gram-negativa, que representa uma importante causa de pneumonia adquirida na comunidade e de surtos locais. A apresentação clínica, analítica e radiológica é semelhante a outras formas de pneumonia, sendo a suspeita clínica fundamental não só para o reconhecimento e início precoce de antibiótico, mas também por se tratar de uma ameaça à saúde pública. Este trabalho surge da perceção clínica de um aumento do número de casos na nossa comunidade.

Objetivos: Caracterização demográfica, epidemiológica e clínica e análise descritiva dos casos de *L. pneumophila* reportados num centro hospitalar.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo, unicêntrico, dos casos de pneumonia por *L. pneumophila* num centro hospitalar no período de 01/09/2020 a 30/09/2021 e comparado com o período homólogo do ano anterior. Obtiveram-se dados de antigenurias fornecidas pelo serviço de Patologia Clínica e consultaram-se os respetivos registos clínicos. Foi realizada análise estatística dos parâmetros em estudo com recurso ao SPSS, estabelecendo-se um *p-value* estatisticamente significativo <0.05.

Resultados: Dos pedidos de pesquisa de antigénio para *L. pneumophila* realizados durante o período estudado, 16 foram identificados como positivos. Deste total, 12.5% (n=2) dos casos foram detetados entre os meses de setembro de 2019-2020 e 87.5% (n=14) entre período homólogo de 2020-2021, o que representa um aumento de 600%. O estudo da segunda amostra revela que todos eram do sexo masculino, com idade média de 57.4 anos, fatores de risco cardiovasculares associados (HTA=50%, n=7, Obesidade=42.9%, n=6, Dislipidemia=42.9%, n=6, DM tipo 2=35.7%, n=5, Tabagismo=71.4%, n=10), índice de *Charlson* médio de 2.0, sem exposição prévia a antibioterapia e apenas um com história de

internamento recente. Todos necessitaram de internamento hospitalar com duração média de 9.5 dias, apresentando um *Pneumonia Severity Index for CAP* (PORT/PSI *Score*) de 88.0 ± 29.0 pontos. Esta variável correlacionou-se estatisticamente com história de tabagismo e o índice de *Charlson* (*p-value*=0.011 e *p-value*=0.007; R=0.68, respetivamente). Não se registaram reinternamentos nem óbitos, ainda que os dois casos mais recentes permanecem internados.

Conclusões: A infeção por *L. pneumophila* é uma entidade a considerar no SU pelo potencial de gravidade e por se tratar de um problema de saúde pública.

Tabagismo e maior carga de doença associam-se com pneumonias mais severas.

Dada a disparidade do número de casos entre os períodos estudados não é possível comparar amostras e retirar ilações.

Ao tratar-se de uma doença de declaração obrigatória, o aumento do número de casos deve alertar o médico, sendo a notificação às entidades competentes um ato indispensável. Até à data de conclusão do estudo, não se encontraram relações entre os casos que sugerissem um possível elo epidemiológico.

PA 43

UM CASO DE HERPES ZOSTER OFTÁLMICO COM NEUROPATIA PÓS-HERPÉTICA

Daniela Soares[1]; Yolanda Martins[1]; António José Cruz[2]; Micaela Manuel[1]; Andreia Teixeira[1]; José Pedro Quintela Vinhais[1]

[1]Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião; [2]Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O herpes zoster resulta da reativação do vírus varicela zoster (VVZ) latente nas raízes dos gânglios dorsais. As vesiculas do herpes zoster são contagiosas até ficarem secas e cicatrizadas, sendo essencial a desinfeção das mãos para evitar o contágio. Normalmente caracteriza-se clinicamente por um rash maculopapular, doloroso, que respeita um dermátomo. Uma das complicações mais comuns é a neuropatia pós-herpética, mais frequente em pessoas com idade superior a 60 anos. Outra complicação, menos frequente, é o herpes zoster oftálmico que está associado à reativação do VVZ no gânglio trigeminal, podendo causar conjuntivite, episclerite, queratite ou iritite. Nestes casos, o diagnóstico e tratamento precoce são essenciais no sentido de prevenir o atingimento da córnea e a perda de visão. Vesículas na ponta do nariz (sinal de Hutchinson) indicam envolvimento do ramo nasociliar e risco maior de doença ocular grave.

Caso clínico: Género masculino, 69 anos, autónomo e cognitivamente íntegro. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por aparecimento de pústulas no território do V par craniano, com 5 dias de evolução com dor e prurido associado. Avaliado pelo médico assistente e medicado com aciclovir 50mg bid tópico e brivudia 125mg qd. No dia seguinte recorre ao SU por agravamento do edema facial. Ao exame objetivo o doente encontrava-se hemodinamicamente estável e apirético, apresentava pústulas no território do V par craniano da hemiface esquerda, com edema associado, sinal de Hutchinson e hiperemia conjuntival com secreções purulentas no olho esquerdo. Sem outras alterações no restante exame físico. Foi assumido o diagnóstico de herpes zoster com atingimento ocular e atingimento de 2 ramos do nervo trigémio (ramos V1 e V2), com critérios de gravidade pelo que realizou aciclovir EV 10mg/kg. Foi observado por oftalmologia que excluiu complicações a nível ocular. O doente teve alta medicado com Valaciclovir 1g 3xdia durante 7 dias, dexametasona 1mg/ml colírio 5xdia e ganciclovir gel oftálmico 1.5mg/ml 5xdia. Posteriormente foi reavaliado em consulta de oftalmologia e posteriormente em Consulta da dor, apresentando ainda alodinia e hipostesia do território V1-V2, tendo-se assumido o diagnóstico de neuropatia pós-herpética. Atualmente medicado com gabapentina 300mg id e lidocaína 700mg/dia (emplastro), com controlo da dor.

Conclusão: Trata-se de um caso cuja valorização das queixas bem como o exame objetivo atento aos sinais de gravidade foram cruciais no diagnóstico de herpes zoster oftálmico, prevênindo complicações potencialmente graves, nomeadamente a perda de acuidade visual. A reavaliação do doente demonstrou-se também importante no sentido de avaliar potenciais complicações mais tardias, como o caso da

neuropatia pós-herpética, de forma a controlar a dor decorrente desta complicação.

PA 44

UM ESTRANHO CASO DE SINGULTOS

Marta Custódio Roldão; Tania Duarte
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Os abcessos perirrenais são uma entidade rara que se associa a elevada mortalidade e morbilidade. Geralmente resultam de infeção urológica ou disseminação hematogénica. Os agentes mais frequentemente envolvidos são: Eschericia coli, Staphylococcus aureus e Klebsiella pneumoniae. A apresentação clínica é variada e de evolução insidiosa e por este motivo o diagnóstico no Serviço de Urgência (SU) pode ser um desafio. Apenas 15 a 25% dos doentes com abcesso perrirenal são diagnosticados no momento da admissão. Contudo, o diagnóstico precoce e o início atempado de tratamento resultam em melhoria do *outcome*.
Caso clínico: Homem, 63 anos, natural de Cabo Verde, com antecedente pessoal de diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado, sem antecedentes cirurgicos. Recorreu ao SU por quadro de singultos persistentes associado a vómitos. Referia concomitante quadro com 6 meses de evolução de dor abdominal nos quadrantes esquerdos com parestesias na região anterior da coxa associado a febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 16%. Ao exame objetivo à admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, com mau estado geral, mucosas pálidas e desidratadas, com abdómen doloroso à palpação da fossa ilíaca esquerda, sem defesa. Restante exame objetivo sem alterações. Analiticamente destacava-se ligeira anemia normocitica hipocrómica, leucocitose (11x10^9 leucocitos) e proteina C reativa aumentada (21,8mg/dL). A função renal e a análise sumária de urina não apresentavam alterações e a pesquisa de anticorpos para o vírus da imunodeficiência humana foi negativo. Foi pedida ecografia abdominal, posteriormente convertida em tomografia computorizada abdomino-pélvica, que revelou volumoso abcesso retroperitoneal esquerdo envolvendo o espaço perirrenal e o músculo psoas esquerdo com 185mm de maior eixo longitudinal e 87mmx87mm de maiores eixos perpendiculares em eixo axial. As hemoculturas identificaram Staphylococcus aureus metilino-sensível (MSSA) e a urocultura foi negativa. Foi realizada drenagem percutânea do abcesso com isolamento concomitante de MSSA no exsudado. Cumpriu antibioterapia dirigida (flucloxacilina) com boa resposta clínica e analítica.
Conclusão: O caso descrito mostra uma apresentação atípica de abcesso perrirenal com quadro de singultos persistentes como principal motivo de vinda ao SU. Destaca-se a importância da elevada suspeita clínica do abcesso e a realização de exame complementar de imagem, que possibilitou o diagnóstico e tratamento atempado, conferindo melhor prognóstico ao doente. Salienta-se ainda a dimensão extensa do abcesso bem como o isolamento de um agente mais frequentemente encontardo em doentes imunodeprimidos, neste caso imunossupressão conferida pela diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo metabólico.

PA 45

TROMBO VENTRICULAR - INCIDENTE ISQUÉMICO

Inês de Sousa Miranda; Marta Colaço Monteiro; Sara I Rocha; Raquel Domingos
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O trombo ventricular esquerdo (TVE) constitui uma causa importante de eventos isquémicos cardioembólicos após enfarte agudo do miocárdio (EAM), sendo crucial a determinação da fonte embólica para o início adequado de anticoagulação como prevenção secundária.
Caso clínico: Mulher de 74 anos, com história de surdez neurosensorial e epilepsia traumáticas, levada ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. À admissão apresentava défices sensitivomotores do hemicorpo direito (NIHSS 9). Analiticamente a destacar antiepilépticos em dose terapêutica, hiperglicemia, hipernatremia, elevação dos parâmetros inflamatórios e troponina T negativa. O electrocardiograma apresentava ritmo sinusal, com ondas Q patológicas no território anteroseptal, sugestivo

de cicatriz de enfarte prévio. A TC cerebral realizada às 24 horas confirmou enfarte isquémico agudo temporo-parietal esquerdo. Do estudo etiológico do AVC destaca-se holter de 24h em ritmo sinusal, eco-doppler dos vasos do pescoço com parâmetros hemodinâmicos normais, ecocardiograma transtorácico a revelar trombo intracavitário, apenso ao ápex, de grandes dimensões (35mmx14mm) e hipermóvel, acinésia apical e septal. Realizou RM cardíaca, já sob anticoagulação, que confirmou a cicatriz de enfarte no território da descendente anterior média, sem viabilidade. Apesar de não se visualizarem imagens inequívocas do trombo intraventricular, apresentava um ápex aneurismático, constituindo um substrato evidente para fonte cardioembólica. A doente teve alta medicada com Rivaroxabano.

Conclusões: 20% dos AVC's isquémicos surgem de trombos intraventriculares. O substrato típico para a formação destes trombos é o EAM anterior recente com aneurisma anteroapical. Tipicamente são diagnosticados de forma incidental após um enfarte do miocárdio, enquanto outros são diagnosticados no estudo etiológico do AVC, como no presente caso.

As técnicas de imagem como o ecocardiograma e a RM cardíaca aumentaram a sensibilidade diagnóstica desta entidade. A RM cardíaca é considerada o exame de imagem *gold standard*, sendo superior na detecção do trombo intracavitário comparativamente ao ecocardiograma, no entanto, no presente caso a RM não detectou o trombo, estando a doente sob anticoagulação aquando da sua realização.

O tratamento do trombo ventricular é a anticoagulação. O controlo evolutivo pode ser feito com ecocardiograma transtorácico, reservando a RM cardíaca para as situações em que o ecocardiograma é tecnicamente subóptimo.

PA 46

UMA PROSTRAÇÃO FATAL NO IDOSO

Maria Inês Bertão; Bárbara Baptista; Susana Cunha; Ivo Barreiro; Margarida Gaudêncio; André Carvalho; Maria do Rosário Santos Silva; Abílio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A isquemia intestinal pode afetar qualquer parte do intestino e pode ser causada por oclusão arterial ou venosa ou por vasoespasmo arterial. A isquemia aguda é responsável por até 70% dos casos de isquemia mesentéria, sendo que os restantes se relacionam com a isquemia mesentérica crónica e do cólon. A dor abdominal é o sintoma mais comum nos doentes com isquemia intestinal e, classicamente, é uma dor desproporcional ao exame físico.

Os autores propõem-se a apresentar um caso clínico de uma idosa cujo motivo de admissão no Serviço de Urgência foi um quadro de prostração.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, parcialmente dependente, com história de duas quedas na última semana, motivo pelo qual, perdera a capacidade de marcha. Antecedentes de hipertensão, dislipidémia, depressão, cataratas e hérnia umbilical.

Trazida ao Serviço de urgência (SU) por prostração, anorexia e agravamento de obstipação com alguns dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se vígil, prostrada, e desorientada, mucosas descoradas, auscultação cardio-pulmonar sem alterações, abdómen mole e depressível, distendido, indolor à palpação, sem defesa, com hérnia incisional redutível.

Dada a história de obstipação, foi administrado clister, com episódio abundante de dejeções, sem muco ou sinais de hemorragia. Analiticamente, objetivou-se uma elevação da enzimologia hepática e dos parâmetros inflamatórios.

Solicitada radiografia abdominal, que mostrou a presença de vários níveis hidroaéreos. Perante a suspeita de isquemia intestinal, realizou Tomografia computorizada abdominal que confirmou o diagnóstico.

Durante a permanência no Serviço de urgência a doente foi agravando progressiva e rapidamente a prostração, tendo acabado por falecer.

Conclusões: O maior reconhecimento da isquémia intestinal e o aumento da sobrevida dos doentes tem levado a um aumento de incidência de isquémia mesentérica aguda.

Com este caso, os autores gostariam de realçar uma apresentação atípica de isquémia mesentérica. A dor abdominal é o principal sintoma. No entanto, o doente idoso pode ser uma exceção, sobretudo nos casos de elevada dependência e

com dificuldade na comunicação, apresentando-se com sintomas incomuns como delirium.
Como tal, um diagnóstico precoce deve ser realizado, com vista a evitar um desfecho catastrófico, contudo, as manifestações clínicas atípicas podem atrasar a sua abordagem em contexto de Serviço de Urgência, daí a necessidade de alertar para este tipo de casos

PA 47

DISSEÇÃO DA AORTA, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Luis Vicente; Rosario Blanco; Teresa Tomásia; Carlos Candeias; Ana Baptista; Mário Lázaro
Hospital Faro

Introdução: A disseção da aorta (DA) é uma patologia relativamente rara e potencialmente catastrófica se não diagnosticada precocemente. Classifica-se através dos sistemas de DeBakey e Stanford, este último mais vulgarmente utilizado. Devido à natureza dinâmica e variabilidade de apresentação, um elevado índice de suspeição é essencial. A ausência de dor é extremamente rara na apresentação inicial e acresce maior dificuldade ao diagnóstico diferencial.
Caso clínico: Os autores descrevem caso de homem de 66 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus, fibrilhação auricular (FA) e dilatação da aorta ascendente. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia com 3 dias de evolução, tosse associada, cansaço e períodos de ortopneia. Negava dor torácica.
Por ocorrência de vómitos, falhou medicação habitual. Ao exame objetivo sobressai temperatura de 38ºC, presença de sopro sistólico apical e diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Normotenso com diferencial relativamente ao membro contra-lateral de cerca de 20 mmHg.
Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, D-dímeros de 6390, curva de troponinas estável e lesão renal aguda (LRA).
ECG em FA, ecocardiograma sobreponível a exame anterior, sem sinais indiretos de tromboembolismo pulmonar (TEP).
Avaliação de cardiologia descarta quadro de agudização cardíaca. Não realiza angio-TC pela LRA e por apresentar indicação para anticoagulação pela FA. No dia seguinte apresenta quadro de edema agudo do pulmão, com necessidade de ventilação não invasiva, negando toracalgia.
Durante a abordagem entrada em paragem cardiorrespiratória (PCR), com posterior recuperação da circulação espontânea. Realiza TC-torácico que revela disseção de aneurisma aórtico com extensão infrarrenal. Após poucos minutos segunda PCR em assistolia. Óbito declarado no local.
Discussão: Apresentações atípicas da disseção da aorta tornam o seu diagnóstico ainda mais desafiante. Ausência de dor torácica introduziu um elemento confundidor num doente com marcada patologia cardíaca.

PA 48

CRISE VASO-OCLUSIVA E ANEMIA SINTOMÁTICA EM DOENTE COM ANEMIA FALCIFORME

Ana Maria Meireles
IPO Porto

Introdução: A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia congénita com elevada morbimortalidade. As crises agudas de hiperhemólise e vaso-oclusivas são graves e potencialmente fatais. Este caso clínico ilustra algumas complicações desta entidade e a sua abordagem.
Caso clínico: Mulher de 25 anos, com anemia falciforme, esplenectomizada aos 2 anos, colecistectomizada aos 14 anos, politransfundida e medicada com hidroxiureia por dor recorrente, suspensa na gravidez (até 1 mês antes). Apresentou-se com astenia e adinamia intensas, diarreia com 2 semanas de evolução, dor abdominal e dor torácica restroesternal. Negava febre. Estava prostrada, normotensa, normocárdica, apirética, polipneica (SatO2 95% em ar), mucosas descoradas; sem insuficiência respiratória e eletrocardiograma normal. Colheu microbiologia de fezes que foram negativas. Analiticamente destaca-se hemoglobina 6g/dL, reticulócitos 18%, DHL 769U/L, haptoglobulina <8mg/dL, bilirrubinas 1.84mg/dL. Por suspeita de evento trombótico agudo realizou angio-TC toracoabdominal sem alterações de relevo, além de hepatomegalia. Realizou hidratação endovenosa, foi ajustada analgesia com opioides, suporte

transfusional e reiniciou hidroxiureia, com melhoria clínica sustentada.
Verificada sobrecarga de ferro (ferritina 3700ng/mL), iniciando desferroxamina 2000 mg. Manteve seguimento em Consulta Externa de Hematologia.
Discussão: A dor torácica associada a agravamento de anemia nos doentes com anemia falciforme é um sintoma de alarme para a presença de crise hemolítica/vaso-oclusiva que se pode manifestar em vários órgãos com complicações neurológicas, pulmonares, cardíacas, abdominais ou ortopédicas graves. A caracterização e o tratamento da dor são fundamentais. O suporte transfusional deve ser conservador. A longo prazo estes doentes requerem um acompanhamento clínico regular, tanto na prevenção como no tratamento de complicações agudas e crónicas e no controlo dos efeitos adversos da terapêutica.

PA 49

A VIDA DEPOIS DE UMA URGÊNCIA

Maria Inês Bertão[1]; Sara Duarte[2]; Ivo Barreiro[1]; Margarida Gaudêncio[1]; André Carvalho[1]; Fátima Guedes[1]; Rosário Santos Silva[1]; Abilio Gonçalves[1]
[1]Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Leucemia Promielocitica Aguda (LPA) é um subtipo de leucemia mielóide aguda, cuja incidência aumenta a partir da segunda década de vida, tratando-se de uma emergência médica com uma elevada taxa de mortalidade precoce. Geralmente os doentes apresentam-se com complicações da pancitopenia incluindo fadiga, infeções e achados hemorrágicos como hemorragia gengival, equimoses, epistaxis ou menorragia. Os autores apresentam o caso de uma jovem que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) e foi diagnosticada uma gravidez de 7 semanas e LPA.
Caso clínico: Mulher de 35 anos, saudável, sem medicação habitual, sem alergias. Recorreu ao SU por vómitos e dor perianal. Associadamente refere astenia com duas semanas de evolução, epistáxis e hemorragia gengival há uma semana. Negou febre, perda ponderal ou sudorese noturna. No exame objetivo, destacava-se a presença de equimoses nos membros inferiores. Analiticamente com pancitopenia grave (Hb 8,9 g/dL, Leucócitos 0,20, Neutrófilos 0,05 e 23 mil plaquetas) e elevação da beta-HCG. Realizou Ecografia pélvica, que confirmou gravidez com 7 semanas de gestação. Atendendo à gravidade da situação, a doente foi transferida de imediato para o Serviço de Hematologia para estudo e tratamento. Realizou esfregaço e imunofenotipagem de sangue periférico com elevada suspeita de Leucemia Aguda. Atendendo à gravidade e risco eminente de vida, a doente foi submetida a Interrupção Médica da Gravidez. O restante estudo conclui tratar-se de uma LPA de risco intermédio, estando a doente sob terapêutica tendo concluido tratamento de indução.
Conclusões: Apresenta-se uma jovem que, numa vinda ao SU, é diagnosticada com uma gravidez de 7 semanas e uma leucemia aguda, cuja gravidade implicou uma atuação rápida. A decisão de interrupção da gravidez é extremamente difícil para a equipa médica, mas sobretudo para a mãe, no entanto, o risco eminente de coagulopatia e a necessidade de tratamento emergente foram prioritários.

PA 50

EDEMA PULMONAR DE RE-EXPANSÃO APÓS PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO NUM DOENTE COVID-19

Mariana Guerra; Diogo Canhoto; João Rocha Gonçalves
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

O edema pulmonar de re-expansão é uma complicação pouco frequente que pode surgir após o tratamento dum derrame pleural, pneumotórax ou atelectasia. O tratamento é sintomático, baseado na oxigenoterapia e medidas de suporte ventilatório.
Apresenta-se o caso de um homem de 25 anos, fumador (carga tabágica de 20 UMA), sem outros antecedentes pessoais, que recorreu ao SU por tosse seca, toracalgia esquerda e cansaço fácil com 1 semana de evolução. Ao EO, apresentava abolição do MV no hemitórax esquerdo e o Rx do tórax detetou a presença de pneumotórax

esquerdo com colapso pulmonar total e desvio contra-lateral do mediastino. Analiticamente, sem alterações de relevo e gasometricamente com insuficiência respiratória (IR) tipo 1, a necessitar de oxigenoterapia com FIO2 de 31%, para SpO2> 94%.
Realizou zaragatoa de pesquisa de SARS-COV2 que foi positiva.
Foi colocado dreno torácico no 5º EIC esquerdo e o procedimento decorreu sem intercorrências imediatas.
Cerca de 2 horas depois, inicia quadro de tosse incoercível com secreções espumosas e rosadas, desassaturação periférica refratária a oxigenoterapia, com necessidades crescentes desta até uso de máscara de alto débito. O Rx de reavaliação evidenciou uma re-expansão pulmonar significativa e opacidades alveolares em todo o HT esquerdo. Por acidose respiratória e agravamento de IR, foi iniciada VNI em modo CPAP. Foi colocado o dreno em aspiração com saída de cerca de 400cc de líquido pleural rosado e iniciada antibioterapia com piperaciclina-tazobactam.
Apesar das medidas instituídas, não se verificou do quadro e o doente foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos, onde iniciou ventilação invasiva e suporte aminérgico.
Aqui a infeção pelo vírus SARS-COV2 correspondeu a um achado assintomático. O edema pulmonar de re-expansa~o nos casos mais graves cursa com insuficiência respiratória e choque hipovolémico devido à rápida demanda de fluxo sanguíneo para o pulmão previamente colapsado. Os sintomas iniciam-se nas primeiras 2 horas após o tratamento. Apesar de ser uma complicação conhecida, não existe forma de evitar o seu desenvolvimento.

PA 51

AFINAL NÃO ERA SÓ MAIS UMA DOR ABDOMINAL - ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL SINTOMÁTICO

Luís Veiga[1]; Sílvia Nunes[2]; Iurie Pantazi[1]; João Correia[1]
[1]Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; [2]Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

O aneurisma da aorta abdominal sintomático compreende uma constelação de sintomas que dificulta a sua deteção precoce no Serviço de Urgência e os mesmos podem ou não estar relacionados com a sua ruptura. O diagnóstico de presunção da ruptura aneurismática é uma emergência cirúrgica e deve ser tido em conta em pacientes com hipotensão, dor abdominal ou lobar ou diminuição de fluxo membros inferiores. A presença de sintomas atribuíveis a esta condição aumenta o risco de estarmos perante ruptura e, portanto, todos os pacientes que apresentam sintomas devem ser propostos para tratamento (é de notar que a ruptura pode ocorrer na ausência de sintomas). A rotura de um aneurisma da aorta abdominal é frequentemente fatal e em Portugal representa cerca de 1% de todas as mortes. Estudos demonstram que o screening é custo eficaz em pacientes do sexo masculino, maiores de 65anos com uma redução de 44% na mortalidade desta patologia. Este demonstra a importância de ter em mente este diagnóstico no enorme diferencial das dores abdominais no Serviço de Urgência.
Homem, 65 anos, recorre ao serviço de urgência por dor lombar à direita, intensidade 9, súbita, sem outros sinais ou sintomas associados. Ao exame objetivo apresentava-se apirético, hipertensão grau I (142/85mmHg) com dor à palpação dos quadrantes direitos, com defesa, sem outros sinais de irritação peritoneal, sem massas pulsáteis, sem sopros audíveis, Murphy renal negativo bilateralmente, pulsos distais não avaliados (paciente biamputado por doença arterial periférica). Tomografia computorizada abdominal demonstrou volumoso aneurisma da aorta abdominal infrarrenal com 9 cm, com presença de líquido denso periaórtico e no retroperitoneu mais lateralizado à direita. Admitido à sala de emergência com intensificação da dor e vómito com descida abrupta do perfil tensional (76/38mmHg) e transferido para Hospital de referência com Cirurgia Vascular de urgência.
A mortalidade da ruptura de um aneurisma da aorta abdominal chega a ser de 90% e apesar de significativas melhorias nos cuidados pré-hospitalares, nos cuidados intensivos a mortalidade pós-cirúrgica (reparação aberta) mudou muito pouco (30- 50%). Pacientes que

requeiram cirurgia aórtica por aneurisma da aorta abdominal sintomático ou com ruptura devem ser tratados assim que possível em meio com capacidade para tal, pelo que a sua referenciação atempada tem impacto na mortalidade. Se não for possível, se o paciente preferir não ser tratado estudos demonstram uma sobrevida média de 7 horas, com uma mediana 2.2h. Nestes casos, o foco deve ser manter o doente sem dor recorrendo a analgesia ajustada à clínica do doente.

PA 52

MANCHA E MANCHINHAS OU UM CASO DE PITIRÍASE RÓSEA

Catarina Pinto Marques; Mónica Spencer Pereira; Ana Rita Rocha; Mariana Nápoles; Domingas Pereira; José Vaz
CH Baixo Alentejo - Beja

Introdução: A pitiríase rósea (PR) caracteriza-se pelo aparecimento de várias pápulas escamosas e ovais, normalmente precedidas por uma mancha única, localizadas no tronco e extremidades proximais. Desconhece-se a etiologia mas existe associação com infecções do trato respiratório superior, sugerindo possível relação com streptococcus, assim como, mais recentemente associação com reativação do herpes vírus 6 e infecção pelo herpes vírus 7. O tratamento normalmente é sintomático, podendo ser prescrito aciclovir que está associado a melhoria do prurido (se este existir) e a uma resolução do quadro mais rápido. Pode ser aconselhada a exposição à luz solar.
Caso clínico: Homem de 30 anos de idade, que se apresentou no serviço de urgência com múltiplas pápulas, rosadas, descamativas, com 10 dias de evolução. Negava prurido. Estavam distribuídas pelo tronco, dorso e região proximal dos membros superiores. Inicialmente referiu surgimento de uma lesão única, a de maiores dimensões, na região do tronco; dias depois surgiram as lesões circundantes, mais pequenas e dispersas. Pelas lesões, distribuição e evolução característicos de PR foi prescrito aciclovir durante 7 dias e aconselhado a apanhar sol. Reavaliou-se em consulta externa às 3 semanas tendo-se objectivado a quase completa resolução das lesões.
Conclusões: É importante estar alerta para esta patologia e não esquecer que o diagnóstico diferencial é imprescindível, nomeadamente com tinhas do corpo como a pitiríase vesicolor ou algumas toxidermias a fármacos, mas que, ao contrário da PR, não costumam ser precedidas pelo aparecimento de uma lesão única e de maiores dimensões e a distribuição típica também é diferente.

PA 53

SERÁ UMA BEXIGA?

Rita Soares[1]; André Santos[1]; Adriano Mendes[2]; Tiago Valente[3]; Tiago Fiuza[4]; Margarida Monteiro[5]; Inês Egídio de Sousa[6]; Jorge Teixeira[7]; José Mariz[7]
[1]Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio; [2]Hospital Distrital de Portalegre; [3]Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; [4]Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE; [5]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; [6]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; [7]Hospital de Braga

Na avaliação do doente com patologia aguda genito-urinária, o POCUS (Point-of-Care Ultra-sound) representa uma arma eficaz na avaliação morfológica do sistema geniturinário bem como na identificação de patologias como, por exemplo, patologia obstrutiva. No entanto, uma série de erros podem ser cometidos, na aplicação da técnica.
Mulher de 72 anos, autónoma, recorre ao serviço de urgência por astenia e anorexia de 1 mês de evolução, com agravamento nos últimos 3 dias. Na anamnese, não conseguiu quantificar o seu débito urinário e não foram identificados outros sintomas acompanhantes como náuseas, vómitos ou diarreia. Negou introdução recente de novos fármacos. A doente tinha de antecedentes hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência venosa crónica e estava medicada com pravastatina, perindopril/indapamida e diosmina. Objetivamente encontrava-se prostrada, pálida com mucosas descoradas, com os seguintes parâmetros vitais: pressão arterial 136/71mmHg, frequência cardíaca 71bpm, saturação periférica 96% (fiO2 21%). À auscultação pulmonar, sons respiratórios diminuídos nas bases sem outras alterações e gasimetria arterial a revelar acidemia metabólica com bicarbonatos diminuídos (pH 7,12, HCO-3 8,9mEq). Analiticamente destacou-se:

anemia crónica agudizada (hb 7,9g/dL), leucocitose de 15 500/uL, lesão renal aguda com creatinina 17,8 mg/dL e ureia 432 mg/dL, hipercaliemia de 8,0 mmol/L, sódio de 134 mmol/L e PCR de 160,70 mg/dL (valor normal <5,0).
Foi colocado cateter vesical e iniciou fluidoterapia e correção dos distúrbios metabólicos, apesar disso, manteve-se em anúria durante a permanência no serviço de urgência. Realizou ecografia renal e vesical formal que identificou uma bexiga moderadamente dilatada, sem sinais de hidronefrose. Assumiu-se que o cateter vesical estaria deslocado pelo que se submeteu à sua substituição com a aplicação de POCUS e apoio de Urologia. Durante este procedimento identificou-se que, na verdade, a bexiga da doente estava totalmente colapsada por compressão externa de uma estrutura quística hipoecoica que mais tarde foi descrita em TC abdominopélvico como uma lesão nodular, heterogénea, com componente denso espontâneo na sua face superior e componente cístico na face inferior, que envolvia a região anexial direita. Iniciou terapia de substituição renal urgente com rápida correção dos distúrbios iónicos e posteriormente foi internada pela Ginecologia para estudo etiológico. Este caso, serve como exemplo de como um erro de visualização levou a um erro de diagnóstico. Nesta doente, um tumor do ovário a causar impressão na bexiga foi erradamente interpretado como uma bexiga distendida. Portanto, gostávamos de destacar que, embora o POCUS seja uma mais valia, como quinto pilar do exame físico, na avaliação do doente agudo, deve ser usado com prudência e o conhecimento destes erros e as suas possíveis causas são essenciais no seu treino e uso.

PA 54

UM PROBLEMA DE UMA ZONA NO OUVIDO

Joana Freitas Ribeiro; Cátia Gorgulho; Carolina Cardoso; Ana Matos; Tiago Alves; João Costa; Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A síndrome de Ramsay Hunt é uma complicação rara do vírus varicela zoster latente no gânglio geniculado do nervo facial, sendo, no entanto, a principal otorrinolaringológica. Por norma inclui a tríade de otalgia, presença de vesículas no canal auditivo e paralisia facial ipsilateral.
Caso clínico: Mulher, 60 anos, independente, sem antecedentes pessoais relevantes e sem toma de medicação diariamente. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de otalgia esquerda, vertigens e desvio da comissura labial para a direita com cerca de 5 dias de evolução. Previamente medicada empiricamente com Ciprofloxacina por presunção diagnóstica de otite externa e Beta-histina. À observação constatada paralisia facial periférica esquerda e presença de vesículas no pavilhão auricular e canal auditivo ipsilaterais. Analiticamente sem alterações relevantes, nomeadamente sem elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que não relevou alterações significativas. Medicada com Prednisolona 1mg/Kg e Valaciclovir 3000mg/dia e orientada para tratamento de reabilitação motora com posterior evolução favorável.
Conclusões: O risco de síndrome de Ramsay Hunt pela reativação do vírus varicela zoster é de apenas 0,2%. O diagnóstico é clínico, pelo que o caso vem chamar a atenção para esta possível complicação e a necessidade de avaliação completa do doente a fim de um diagnóstico precoce, uma vez que a terapêutica iniciada nas primeiras 72h após início de sintomatologia apresenta melhores resultados.

PA 55

NÃO SE MEXE, E AGORA?

Joana Freitas Ribeiro; Cátia Gorgulho; Carolina Cardoso; Ana Matos; Tiago Alves; João Costa; Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A miopatia proximal apresenta-se como fraqueza simétrica da região proximal dos membros superiores e inferiores. Geralmente é causada pela ruptura da integridade do tecido muscular e da estabilidade metabólica, podendo dever-se a doenças genéticas e hereditárias, alterações metabólicas, drogas, infeções bacterianas ou virais, inflamações, alterações eletrolíticas ou hormonais. A hipocaliemia constitui uma causa rara desta entidade.

Caso clínico: Homem, 59 anos, independente, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, ansiedade e síndrome depressivo, medicado com Azilsartan 40mg + Clorotalidona 12.5mg, Lercanidipina 10mg, Rosuvastatina 10mg, Loflazepato de etilo 2mg, Zolpidem 10mg, Mirtazapina 30mg e Escitalopram 20mg. Recorreu ao serviço de urgência por défice de força muscular nos quatro membros de início súbito e cerca de 8 horas de evolução, com incapacidade para a marcha. À observação consciente (escala coma Glasgow: 15 pontos), apirético, tensão arterial 148/80 mmHg, tetraparesia proximal grau 2/5. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica e de coluna cervical, dorsal, lombar e sagrada que não revelaram alterações justificativas do quadro clínico. Analiticamente observado potássio 1,3 mmol/L, lactato 4,4 mmol/L, magnésio 1,8 mg/dL, creatinofosfoquinase 1095 IU/L, sem outras alterações relevantes. No eletrocardiograma com frequência cardíaca 78 bpm, diminuição de amplitude das ondas T, presença de ondas U e infraST de V2 a V6. Admitido em Unidade de Cuidados Intensivos para correção de caliemia por veia central, com recuperação total de força muscular após normalização de potássio. Foi posteriormente transferido para Enfermaria de Medicina para estudo etiológico.

Conclusões: O caso vem alertar para uma causa rara de miopatia proximal que deve ser sempre equacionada a fim de um diagnóstico e tratamento precoces que permitam evitar um possível desfecho fatal.

PA 56

OS IMITADORES E UM DIAGNÓSTICO INCORRETO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Maria Margarida Rosado; Cláudia Queirós; Nuno Bernardino Vieira; Luísa Arez
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: Os imitadores de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou *stroke mimics,* correspondem a situações em que o doente se apresenta com défices neurológicos agudos, simulando um AVC, mas este diagnóstico não é confirmado por se tratar de uma outra entidade. As principais causas incluem: convulsões, perturbações funcionais, enxaqueca, alterações metabólicas, lesões ocupando espaço e infeções.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 78 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) após duas crises convulsivas-tónico clónicas generalizadas com duração de 1 minuto. À chegada ao SU, nova crise convulsiva tónico-clónica generalizada com duração de 2 minutos, tendo iniciado terapêutica anticonvulsivante, sem recorrência do quadro.

Ao exame objetivo, paresia facial central direita, hemiparesia direita de predomínio braquial e afasia de expressão.

Analiticamente, a destacar, acidose metabólica com hiperlactacidemia (pH 7,21, HCO3 14 mmol/L, Lactato 13,2 mmol/L), rabdomiólise (CK total 1327 U/L), hipertiroidismo (TSH 0,07 mUI/mL, FT4 27,25 pmol/L) e hipocaliemia (Potássio 2,64 mmol/L).

Realizou Angio-TC CE sem hemorragia ou sinais de isquémia aguda e foi internada com o diagnóstico de AVC isquémico em fase isodensa, tendo iniciado antiagregação plaquetária, antitiroideu de síntese, reposição de potássio, e estudo etiológico do AVC.

Realizou TC-CE de controlo após 48 horas, sem alterações.

72 horas após o evento agudo, observou-se recuperação completa dos défices neurológicos, mantendo apenas limitação na abdução do ombro direito. Realizou RX do ombro direito com evidência de luxação gleno-umeral, tendo sido submetida a redução, com sucesso.

RM-CE realizada 7 dias após o evento agudo, também sem alterações e EEG sob Levetiracetam sem atividade paroxística.

Após excluída a existência de lesões isquémicas, foi suspensa antiagregação e mantida terapêutica anticonvulsivante.

Discussão: No caso descrito temos presentes três entidades que podem ter contribuído simultaneamente para mimetizar um AVC isquémico: a paresia de Todd, que por se ter prolongado por mais de 24 horas, levou ao diagnóstico incorreto de AVC isquémico, as alterações metabólico-endócrinas, que poderão ter exacerbado e prolongado o quadro, e a luxação gleno-umeral

direita, numa doente inicialmente não comunicante, que poderá ter causado uma incorreta interpretação da alteração da força segmentar no membro superior.
A paresia de Todd corresponde a alteração da força transitória, habitualmente hemiplegia, após uma convulsão, tendo duração média de 15 horas, mas podendo estender-se por mais tempo. É mais comum após convulsões tónico-clónicas generalizadas e em idosos, como no caso da doente apresentada.
A reversão espontânea e completa do quadro e a ausência de alterações na RM-CE excluíram o diagnóstico inicial de AVC.

PA 57

UM BYPASS AO 112

Rui Lobo; Delfim Teixeira; Eurico Silva; Alexandra Ramalho
USF João Semana - Ovar

Introdução: A falta de literacia em saúde, nomeadamente no que diz respeito ao reconhecimento dos sinais de alerta de AVC, origina atraso no seu diagnóstico e limita o tratamento adequado em tempo útil. Por hora, cerca de 3 portugueses sofrem um AVC e uma percentagem significativa ainda recorre ao centro de saúde na tentativa de marcar consulta com o seu médico de família, em vez de ligar diretamente 112, esperando por vezes algumas horas por uma vaga disponível. Em 2020, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da zona centro desenvolveu um protocolo de orientação telefónica para consulta de doença aguda, com um profissional de saúde capaz de reconhecer e acionar os meios adequados logo no primeiro contacto do utente.
Caso clínico: Sexo masculino, 69 anos, previamente *Rankin* 0, com antecedentes pessoais de neoplasia da próstata, gota, hipertensão arterial e dislipidemia.
Apresentou quadro de dificuldade na marcha com início súbito, associada a sonolência e dificuldade de visão que não sabia caracterizar, com cerca de 2 horas de evolução. Perante os achados, a esposa do doente decidiu contactar a linha de doença aguda da USF e trazê-lo para a porta da unidade, na esperança de agilizar o atendimento. Ao aperceber-se do quadro descrito a equipa de saúde observou de imediato o doente e confirmou marcha pendente com desequilíbrio à direita, sem neglect, desvio da comissura labial à direita, sem disartria sem disfagia. A esposa confirmou que o utente estava normal quando acordou nessa manhã e que notou o início da sonolência nas últimas 2h. Foi acionada a VMER e o doente foi transportado para o hospital de referência. Realizou TC Crânio onde se verificaram "sinais de enfarte lacunar recente no tálamo esquerdo sem sinais de oclusão de grande vaso intracraniano" e decidiu-se não ter indicação para tratamento endovascular emergente, contudo, como estavam cumpridos os critérios, foi administrado rt-PA com 3h de clínica.
Após internamento para estabilização e tratamento do quadro, o doente teve alta com diagnóstico de AVC talâmico esquerdo (POCI) e melhoria dos défices neurológicos focais, mantendo ainda alguma apatia.
Conclusões: Com os constrangimentos e limitação da acessibilidade aos cuidados de saúde impostos pela pandemia de 2020, a USF adaptou a sua resposta de forma a garantir a continuidade de atendimento aos utentes com doença aguda e potencialmente urgente. Antes da pandemia e da instituição da orientação telefónica estes utentes esperavam horas até serem observados pelo médico com potenciais consequências nefastas, como nos casos de AVC. Com esta adaptação, que certamente veio para ficar, conseguiu-se um ganho clínico importante ao ser possível estabelecer a prioridade clínica de atendimento dos doentes e o encaminhamento direto ao Serviço de Urgência (SU) em situações que assim o justifiquem. No segundo semestre de 2020, foram recebidas 3680 chamadas, das quais resultaram 110 orientações imediatas para o SU.

PA 58

O MISTÉRIO DO DERRAME PLEURAL

Catarina Pinto Marques; Mónica Spencer Pereira; Filipa Lage; Mariana Nápoles; Domingas Pereira; José Vaz
CH Baixo Alentejo - Beja

Introdução: O derrame pleural pode classificar-se como transudado, sugestivo na maioria dos casos, de insuficiência cardíaca ou exsudado no caso de neoplasias, tuberculose ou derrames parapneumónicos ou empiemas. Causas menos comuns

existem e são o caso de artrite reumatoide, embolia pulmonar ou asbestose.

Caso clínico: Homem de 70 anos, proprietário de um café, fumador passivo durante vários anos, sem história de exposição ao amianto, que se apresentou no serviço de urgência com dispneia e cansaço de agravamento progressivo com 3 meses de evolução. Ao exame objectivo com diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Analiticamente sem alterações nomeadamente sem elevação da PCR, VS ou pro-BNP. Radiografia do tórax mostrou derrame pleural esquerdo extenso. Realizada toracocentese cujo citoquímico tinha características de exsudado. Bacteriológico, micológico e pesquisa de marcadores tumorais, sem alterações. Realizou TC-Tórax, broncofibroscopia, colonoscopia, endoscopia alta e ecocardiograma sem alterações. Foram despistadas doenças autoimunes como lúpus e artrite reumatóide que cursam com poliserosite assim como alguns fármacos que têm envolvimento pulmonar. Dada a estabilidade clínica foi encaminhado para a consulta de Medicina Interna. Ao longo do seguimento, o doente teve várias recorrências do derrame pleural com necessidade de toracocentese, destacando-se exame citológico negativo para malignidade, porém com células mesoteliais reactivas. Repetiu TC-Tórax e Ecografia Torácica que revelaram calcificação grosseira da pleura no hemitórax esquerdo, sugerindo paquipleurite sequelar e espessamento cutâneo. A PET evidenciou lesões hipermetabólicas na base pulmonar esquerda, no hilo homolateral e na janela aorto-pulmonar.

A biopsia cutânea revelou mesotelioma.

Discussão: O mesotelioma pleural é um tumor maligno causado maioritariamente pela exposição ao amianto. O tempo de latência média é elevado, podendo ascender a 25-30 anos até ao diagnóstico. Este é feito com base na história clínica, exames de imagem, citologia do líquido pleural e biópsia.

PA 59

EXTRASSISTOLIA VENTRICULAR IATROGÉNICA

Andreia Coutinho; João Correia Cardoso; Pedro Neves; Violeta Iglesias; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: O Cilostazol é um inibidor da fosfodiesterase 3, tendo efeito como antiagregante plaquetário e vasodilatador arterial. É utilizado principalmente como tratamento da claudicação intermitente, mas também, menos comummente, como terapêutica antitrombótica em associação com ácido acetilsalicílico e clopidogrel após colocação eletiva de stent coronário. Tem como principais efeitos laterais a cefaleia, diarreia e aumento do risco de infeções. Em cerca de 1 a 5% dos casos pode também provocar palpitações, taquicardia, extrassístoles supraventriculares e ventriculares, fibrilação auricular, insuficiência cardíaca ou isquemia miocárdica.

Caso clínico: Sexo feminino, 73 anos; antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, bloqueio completo de ramo esquerdo e doença arterial periférica. Recorre ao serviço de urgência por síncope em repouso, sem pródromos, com recuperação gradual após 10 minutos, associada a palpitações com 3 dias de evolução. Tinha iniciado Cilostazol 1 semana antes do início dos sintomas. Não foram identificadas alterações no exame físico, nomeadamente alterações da auscultação cardíaca ou do exame neurológico; apresentava frequência cardíaca (FC) de 62 batimentos por minuto (bpm); normotensa; normoglicémica. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, destaca-se: electrocardiograma a mostrar ritmo sinusal e FC de 75 bpm, bloqueio de ramo esquerdo, extrassistolia ventricular frequente e consequente pausa compensatória; as análises mostravam hipocaliémia ligeira (3.2 mEq/L), sem elevação dos D-Dímeros ou dos marcadores de necrose miocárdica. Excluídas outras causas para a extrassistolia ventricular de novo, foi assumido o diagnóstico de iatrogenia pelo Cilostazol. Após melhoria sintomática, a doente teve alta com indicação para suspender o Cilostazol e ter uma dieta rica em potássio nos dias seguintes. Duas

semanas depois a doente regressa para ser reavaliada: estava assintomática, sem novos episódios de síncope e com resolução completa da extrassistolia no ECG e da hipocaliémia nas análises.

Conclusão: Este caso clínico ilustra a necessidade de um conhecimento profundo dos fármacos utilizados por parte dos clínicos, não só as suas indicações terapêuticas, mas também os seus efeitos laterais e as suas interações, por forma a evitar complicações e, quando estas aparecem, saber identificá-las. Este caso clínico exalta um efeito lateral potencialmente grave de um fármaco que não podemos esquecer e ao qual devemos estar atentos.

PA 60

UMA COMPLICAÇÃO DE UMA DOENÇA COMUM – ABCESSO DO ILIOPSOAS SECUNDÁRIO A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Mariana Silva Leal; Carolina Amado; Bárbara Paracana; Lorrane Viana; Catarina Almeida; Mariana Sousa
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A infeção do trato urinário é uma das mais comuns na nossa prática clínica e geralmente com um prognóstico favorável. O abcesso do músculo iliopsoas secundário pode occorer no contexto de infeções locais ou por disseminação hematológica ou linfática, sendo, no entanto, raramente associado a infeções urinárias.

Descrição: Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 75 anos, com antecedentes de bócio multinodular com hipotiroidismo e dislipidemia, que recorre ao serviço de urgência por alteração do estado consciência. A doente descrevia quadro com uma semana de evolução de dejeções líquidas (4 por dia), com noção de diminuição do débito urinário e dor abdominal generalizada, tipo cólica, sem outras queixas de relevo. Na admissão, doente hipotensa (77/50mmHg), taquicárdica, apirética, com dor abdominal à palpação predominantemente nos quadrantes direitos. Análises com anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina 9.7g/dL), creatinina 2.82mg/dL, ureia 128.7mg/dL, hipocalémia e proteína C reativa aumentada (22.48mg/dL). Sedimento urinário com alguns leucócitos e ecografias abdominal e renal sem alterações. Iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone, com urocultura com isolamento de *Escherichia coli (E. coli)* multissensível, sendo assumido diagnóstico de sépsis com ponto de partida provável urinário. Ao 5º dia de antibioterapia, manutenção de picos febris e parâmetros inflamatórios em curva ascendente. Hemoculturas com crescimento de E. Coli, tendo sido ajustada antibioterapia para Cefotaxima de acordo com antibiograma. Ao 11º dia de internamento, por doente se apresentar novamente febril e com aumento dos parâmetros inflamatórios, escalada antibioterapia para piperacilina/tazobactam. Realizado reavaliação por TC abdominal que revelou coleções abcedadas na mediação do músculo iliopsoas direito. Foi drenado conteúdo purulento com isolamento de E. Coli multissensível e posteriormente ajustada antibioterapia para Amoxicilina/ácido clavulânico de acordo com antibiograma. Posteriormente com melhoria clínica e evidente melhoria no controlo imagiológico, após 3 semanas, mantendo, no entanto, lesões com dimensões importantes. Neste contexto, optou-se por completar 8 semanas de antibioterapia total, com apirexia mantida, parâmetros inflamatórios em padrão decrescente e melhoria progressiva do estado geral. Tendo em conta perfil clínico evolutivo e imagiológico, considerado diagnóstico de sépsis com ponto de partida urinário, complicada por abcesso do músculo iliopsoas em provável contexto de translocação bacteriana.

Conclusão: Os autores apresentam uma complicação rara de uma patologia bastante comum na prática clínica do internista. Apesar de pouco frequente, salienta-se a importância na sua identificação precoce, para uma orientação terapêutica adequada, contribuindo para o bom prognóstico.

PA 61

ANEMIA DE FANCONI - A IMPORTÂNCIA DE DIAGNÓSTICO ATEMPADO

Rita Diz; João Lagarteira; Rita Pera; Sara Sá; Micaela Sousa; Helena Maurício; Miriam Blanco
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A Anemia de Fanconi é uma doença genética hematológica rara habitualmente diagnosticada na infância, que altera a resposta a dano do ADN, originando insuficiência da medula óssea, anomalias esqueléticas e risco aumentado de cancro, podendo afectar os membros, rins, olhos, pele e trato genito-urinário, com esperança média de vida por volta dos 30 anos se não tratada.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 21 anos, com antecedentes de asma, atrésia esofágica operada no período neonatal, atrofia renal direita com pielonefrites de repetição e pancitopenia documentada desde janeiro 2019, com estudo a revelar anemia ferropriva com anisocitose, alguns esquisócitos e estomatócitos, anisocitose plaquetar e haptoglobina a níveis normais, sem outras alterações.
Recorreu às urgências em fevereiro 2021 por cansaço fácil, cefaleias vespertinas, gengivorragias, equimoses fáceis e edemas nos membros inferiores com dois dias de evolução, referindo também menstruação irregular. As análises confirmaram pancitopenia, com hemoglobina 8.2 g/dl, leucocitos 2.06 e plaquetas 28.000, tendo a doente assinado alta contra parecer médico sem permitir qualquer tratamento ou estudo aprofundado.
Em março 2021 regressa às urgências, com manutenção da sintomatologia e agravamento analítico, com anemia (Hb 3,8 g/dl) macrocitica e hipercromica, leucocitopenia (1.120) e trombócitopenia (27.000). Fez esfregaço de sangue que confirmou pancitopenia sem alteração morfológica da série branca, marcadores víricos negaticos e sem alterações agudas à imagiologia. Após transfusão de 2U globulos rubros e por suspeita de leucemia aguda foi transferida para o IPO do Porto. Durante internamento com transfusões hematopoéticas ocasionais, tendo sido submetida a mielograma e biópsia de medula óssea que mostraram um quadro de aplasia medular, com estudo citogenético positivo para Anemia de Fanconi. Teve alta com proposta para alotransplante de medula óssea no futuro.
Conclusões: Deste caso deve-se destacar a necessidade de investigação aprofundada e diagnóstico atempado de alterações hematológicas, visto poderem, como neste caso, ser doenças com mortalidade precoce se não tratadas, havendo possibilidade de cura com o tratamento certo, aqui com o transplante de células estaminais hematopoeticas.

PA 62

ANEMIA HEMOLÍTICA POR INTOXICAÇÃO AGUDA POR SULFATO DE COBRE: CASO CLÍNICO

Joana c. Ramos; Patrícia Dias; Arsénio Santos; Armando Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A intoxicação aguda por sulfato de cobre é pouco frequente, geralmente voluntária, e depende da área geográfica e uso local da substância. As manifestações clínicas envolvem vários órgãos e podem incluir hemólise intravascular, sendo importante identificá-las logo no serviço de urgência.
Caso clínico: Homem de 88 anos admitido na urgência por ingestão voluntária de lixívia, sulfato de cobre, cal e detergente. Apresentava-se confuso, acianótico, hemodinamicamente estável, com insuficiência respiratória tipo I e alcalose respiratória. Rx tórax com consolidação na base direita. Analiticamente, hemoglobina (Hb) 14g/dl, creatinina, enzimas hepáticas e bilirrubinas (BRB) normais. Presumida pneumonia por aspiração, iniciou empiricamente antibioterapia e manteve medidas de suporte. Ao 3ª dia após a ingestão foi constatada anemia aguda, com caraterísticas de hemólise intravascular - Hb 8 g/dL; VGM 97,6 fL, LDH 509 U/L, BRB total de 4.9 mg/dL, direta 0.6 mg/dL, hemossiderinúria e haptoglobina baixa. Teste anti-globulina direto negativo. Meta-Hb, G6PD, cobre plasmático e urinário e porfirinas urinárias normais ao 5º dia. Serologias para v. *Epstein-Barr*, *Clamydia* e *Mycoplasma* negativas. Fez transfusão de concentrado de eritrócitos, por Hb 6 g/dl. Após uma semana, a BRB normalizou, mas teve nova descida da Hb e lesão renal aguda

oligúrica. Manteve suporte transfusional e fluidoterapia. Estabilização da Hb ao 11º dia, melhoria analítica global e clínica, com resolução da insuficiência respiratória e da lesão renal.
Conclusões: A relação temporal com a ingestão e as alterações analíticas e clínicas encontradas apoiam o diagnóstico de hemólise intravascular por toxicidade induzida por cobre. Esta pode levar a lesão renal e falência hepática, sendo potencialmente fatal. A hemólise geralmente segue-se a metahemoglobinemia significativa. Por ausência de cianose, o doseamento de metaHb não foi feito na urgência. O tratamento é de suporte exceto se metahemoglobinemia, tratada com azul-de-metileno, que neste caso poderia ter prevenido lesão multi-orgânica se tivesse sido realizado logo na urgência.

PA 63

UM CASO DE TROMBOSE VENOSA CEREBRAL

Cátia Gorgulho; Lara Adelino; Débora Lopes; Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A trombose venosa cerebral (TVC) é rara e pode ocorrer nas veias cerebrais ou nos seios venosos durais. É mais comum nas faixas etárias mais jovens, particularmente em mulheres jovens com fatores de risco como o uso de contraceptivo oral, gravidez ou puerpério. Outros fatores de risco são as trombofilias adquiridas ou hereditárias, doenças sistémicas e outros fármacos. A TVC apresenta-se como cefaleia, hipertensão intracraniana, hemorragia subaracnoideia, défices neurológicos focais, convulsões ou meningoencefalite. O atraso médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de 7 dias.
Caso clínico: Mulher, 18 anos, Índice de Massa Corporal 33kg/m2. Medicada com contraceptivo oral. Início de quadro de mialgias generalizadas e cefaleia com otalgia esquerda e irradiação à hemiface esquerda a 18/08. Observada em Serviço de Urgência (SU) a 20/08: apresentando aumento de parâmetros inflamatórios, iniciada antibioterapia em ambulatório.
Regressa ao SU a 21/08 por persistência da cefaleia, vómitos, alteração do discurso (incoerente e escasso) e, posteriormente, prostração. Analiticamente com leucocitose 18x10^9/L, proteína C-reativa 3.7mg/dL. Realizadas punção lombar e TC-CE com venografia, ambas sem alterações. Por suspeita de meningoencefalite, iniciou terapêutica com Aciclovir e Ceftriaxone. Por agravamento clínico e dúvida diagnóstica, transferida para Centro de Referência. À admissão, apresentava-se em mutismo, reagindo à dor com abertura ocular transitória, localizando estímulos e com reflexo cutâneo-plantar extensor à direita.
Realizou RMN-CE onde se documentou: "(…) diagnóstico de trombose venosa cerebral complicada com enfartes parenquimatosos profundos (tálamos) e superficial temporal esquerdo".
Angiografia revelou oclusão do seio lateral esquerdo, seio reto e das veias cerebrais internas com atraso circulatório/lentificação da circulação posterior, submetida a trombectomia aspirativa e administração de rtPA intra-procedimento dos seios lateral esquerdo e reto. Iniciada hipocoagulação com Heparina de baixo peso molecular.
Por agravamento de estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow 7), transferida para Unidade de Cuidados Intensivos, com melhoria progressiva. RMN-CE (7 dias depois) com evolução favorável das lesões e repermeabilização do sistema venoso profundo. À data da alta, sem défices neurológicos. Estudo etiológico sem alterações.
Conclusões: A diversidade dos fatores de risco e dos sintomas à apresentação tornam o diagnóstico de TVC um desafio. A TC pode ser normal em até 25-30% dos doentes, fazendo da RMN-CE o método diagnóstico *gold standard*, com uma maior sensibilidade que a TC, ressalvando-se a limitação de acesso em hospitais distritais. Este caso pretende mostrar a importância da realização de RMN-CE para exclusão de TVC em casos em que a probabilidade diagnóstica é alta e a TC-CE com venografia não revela alterações.

PA 64

UMA CAUSA METABÓLICA GRAVE DE ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Maria Manuel Costa; Joana Rodrigues
Hospital Feira

A hipomagnesemia é uma entidade comum em doentes hospitalizados com défices nutricionais e cognitivos e a sua consciencialização tem tornado o diagnóstico mais frequente. O défice de

magnésio causa resistência a paratormona originando hipocalcemia e hipocalemia. A sua detecção deve ser considerada quando nos deparamos com doentes com factores de risco para o seu desenvolvimento ou com manifestações clínicas secundárias ao défice, das quais a mais grave a arritmia cardíaca potencialmente fatal. O tratamento passa por reverter a causa do défice aliado a suplementação para correção de níveis séricos.

Apresenta-se caso de homem de 77 anos, dependente mas cognitivamente integro. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica. Medicado cronicamente com pantoprazole, ramipril, metformina e vildagliptina.

Recorre ao SU com quadro de diarreia aguda e alteração do estado de consciência, com referência a prostração e disartria, com cerca de 3 dias de evolução. Sem fármacos introduzidos recentemente, mas referência a diminuição progressiva da ingesta alimentar.

Do estudo realizado de salientar: análises com paratormona normal, défice de vitamina D, hipocalcemia grave, hipofosfatemia, hipomagnesemia grave e hipocalemia, sem aumento dos marcadores de fase aguda; GSA com pH normal e sem insuficiência respiratória; Tomografia Computorizada crânio-encefálica com leucoencefalopatia isquémica, mas sem outras alterações; Eletrocardiograma com ritmo sinusal e frequência cardíaca controlada mas aumento do QT.

Assumiu-se doente com hipomagnesemia grave em provável relação com diabetes (que pode cursar com neuropatia do intestinal) acompanhado de uso crónico de inibidor da bomba de protões e diarreia aguda. A hipomagnesemia cursa com hipocalemia e resistência a paratormona, o que se traduz numa alteração do metabolismo do cálcio e fósforo e consequente hipocalcemia. Ainda défice de vitamina D, em provável relação com aleitamento e diminuição da ingesta alimentar contribuindo para a hipofosfatemia. A conjugação dos referidos distúrbios metabólicos originou quadro de alteração do estado de consciência.

Durante o internamento iniciou suplementação de magnésio e cálcio com normalização progressiva do estado de consciência e do transito intestinal.

Com este caso os autores pretendem apresentar uma causa de crise convulsiva de frequência e importância crescentes. Serve ainda para alertar que fármacos de uso corrente na prática clínica podem cursar com alterações graves para as quais o clínico deve estar sempre alerta.

PA 65

DOR ABDOMINAL SEM ALTERAÇÕES NOS MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO – SERÁ MESMO ASSIM?

Manuel Ribeiro[1]; Mariana Guerra[1]; Sérgio Borges[1]; Ana Costa[1]; Rosa Amorim[2]

[1]Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; [2]Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

O diagnóstico do doente com dor abdominal pode ser muito desafiante. As causas mais frequentes de dor abdominal no Serviço de Urgência (SU) são a dor abdominal inespecífica, apendicite aguda, dor de origem urológica e a oclusão intestinal. A intensidade da dor pode não se correlacionar fidedignamente com a gravidade da situação que lhe está subjacente.

Os autores descrevem o caso de um homem de 56 anos que se apresentou no SU por dor abdominal com cerca de 3 dias de evolução, sem queixas associadas do foro urológico e gastrointestinal, de intensidade na escala de dor 5/10. Antecedentes pessoais: Diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Medicação habitual: Insulina levemir, Sinvastatina 20mg id e Fenofibrato 267mg id. À admissão, apresentava-se normotenso e normocárdico, apirético. Ao exame do abdómen, este revelava-se mole e depressível, doloroso à palpação do hipocôndrio direito, sem aumento de dor à descompressão. A avaliação laboratorial e Rx do abdómen não tinham alterações, tendo tido alta para o domicílio com analgesia e recomendações gerais. Regressou ao SU dois dias depois por manutenção e agravamento da dor, apesar da analgesia prescrita, sendo nesse momento de intensidade 8/10. Mantinha-se apirético e sem alterações do aparelho gastrointestinal e urológico. Ao exame objectivo, apresentava

abdómen doloroso à palpação superficial do hipocôndrio direito e com defesa. A avaliação laboratorial completa pedida continuava a não demonstrar alterações significativa. Realizou TC abdomino-pélvica com contraste endovenoso, cujo relatório não evidenciava nenhuma alteração relevante. Contudo, dado que o doente mantinha queixas, após discussão telefónica com radiologia por telemedicina apurou-se a existência de sinais de inflamação peritoneal em topografia compatível com a dor apresentada pelo doente, traduzindo Enfarte Omental (EO).
O EO é uma causa rara de dor abdominal, sendo a torção omental ou trombose da drenagem venosa as suas principais causas. Tipicamente apresenta-se com dor abdominal localizada aos quadrantes direitos, e pode simular um "abdómen agudo". Os autores apresentam este caso, pois representa uma situação em que a dor abdominal de causa médica é difícil de distinguir da dor de causa cirúrgica, realçando a importância da discussão multidisciplinar, com particular ênfase para a discussão de casos clínicos com a Imagiologia.

PA 66

SÍNDROME NEFRÓTICA: UM CASO DE GLOMERULOSCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL PRIMÁRIA

Ana Luís Ferreira; Filipa Gonçalves; Ana Correia de Sá; Daniela Casanova; David Paiva; Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

A síndrome nefrótica pode constituir a apresentação inaugural de múltiplas patologias, obrigando a um estudo exaustivo em regime de internamento para orientação terapêutica adequada e atempada, tal como demonstrado no seguinte caso clínico:
Mulher, 22 anos, com antecedentes familiares de neoplasia hematológica, apresenta-se com edema dos membros inferiores bilateral e simétrico associado a ganho ponderal de 3 kg com 1 semana de evolução. Negava qualquer outra sintomatologia. Ao exame objetivo, não apresentava adenopatias palpáveis. Analiticamente, com hipoalbuminemia < 1g/dL, função renal preservada e hipotiroidismo subclínico. Apresentava um rácio proteína/creatinina em urina ocasional de 4200mg/g, compatível com proteinúria nefrótica. Realizou à admissão, TC toraco-abdominopélvico que revelou edema difuso, derrame pleural e peritoneal de pequeno volume e múltiplas adenopatias infradiafragmáticas, a maior com cerca de 3 cm de maior diâmetro. No 2º dia de internamento, iniciou ARA e desde então com perda progressiva de peso e regressão de edemas periféricos. Realizou biópsia renal ao 7º dia. Ao longo do internamento, foi excluída causa infeciosa, autoimune e neoplásica com mielograma em alterações valorizáveis e PET sem focos de hipercaptação. Anticorpo anti-PLA2r negativo. Iniciou suplementação com levotiroxina por hipotiroidismo com anti-TPO e TG positivos e TSH > 6. Teve alta ao 41º dia, orientada para consulta externa de Medicina Interna. Passados 2 meses, doente referia cumprimento irregular de medicação e agravamento clínico com reaparecimento do edema generalizado, com débito urinário preservado. No SU, apresentava agravamento da função renal, acidose metabólica e apagamento do ângulo costofrénico direito em rx tórax. Ao 2º dia de reinternamento, foi disponibilizado resultado de biópsia renal realizada previamente compatível com glomerulosclerose segmentar e focal. Iniciou corticoterapia com pulsos de metilprednisolona 1g/dia durante 3 dias e posteriormente prednisolona 1mg/kg/dia. Após resolução de lesão renal e regressão de edemas, teve alta orientada para consulta, onde mantém atualmente seguimento, com estabilidade clínica e analítica, em desmame de corticoterapia.
A glomerulosclerose segmentar e focal é um tipo de lesão glomerular encontrada em diferentes idades de acordo com a sua etiologia (primária vs. secundária), tornando-se importante o diagnóstico diferencial atempado para prevenir complicações e atrasar a progressão da doença renal.

PA 67

DOS EDEMAS DOS MEMBROS INFERIORES A UMA SÍNDROME NEFRÓTICA

Catarina Pinto Marques; Mónica Spencer Pereira; Ana Rita Rocha; Mariana Nápoles; Domingas Pereira; José Vaz
CH Baixo Alentejo - Beja

Introdução: Um caso de síndrome nefrótica na porta de urgência, com uma clínica pouco

característica, mas com resultados analíticos muito característicos.

Caso clínico: Doente de 70 anos de idade, sexo masculino com antecedentes pessoais relevantes conhecidos de hiperplasia benigna da próstata. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de mal-estar geral associado a edemas dos membros inferiores com 1 semana de evolução. Referia ainda sensação de polaquiuria e disúria nos últimos dias, tendo desenvolvido quadro de retenção urinária. Doente foi algaliado com saída de urina de aspecto concentrado e acastanhada que foi colhida para análise. Realizou ainda análises sanguíneas e ecografia renal.

Analiticamente apresentava uma proteinuria marcada de 1000mg/dL no exame sumário de urina. Serologicamente apresentava hipoalbuminemia marcada de 1.01g/dL e dislipidemia. As Proteínas na urina de 24h (para volume urinário de 3400cc): foram de 10839.20 mg/24h. De salientar ainda o perfil hipertensivo do doente. Pelo quadro clinico, que apesar de não ser o mais típico (não apresentava edemas periórbitarios, nem anasarca) e pelos achados analíticos, chegou-se ao diagnóstico de síndrome nefrótica. Iniciou terapêutica dirigida com enoxaparina, ARA2, furosemida e estatina, com benefício progressivo e melhoria do quadro de edemas. De seguida foi enviado à consulta de nefrologia para seguimento e estudo etiológico.

Discussão: Importante salientar que muitas vezes à porta da urgência os sintomas e sinais que os doentes apresentam nem sempre são os mais típicos e não nos encaminham directamente para o diagnóstico final. No entanto é importante mantermos as hipóteses diagnósticas em aberto e apoiarmo-nos nos meios de diagnósticos complementares para chegar ao diagnóstico final. Ainda a referir a importância do apoio de outras especialidades no seguimento do doente.

PA 68

PARA ALÉM DO BLOQUEIO

Inês Urmal[1]; Daniela Guerreiro Carneiro[1]; Andreia Machado[2]; Margarida Rios[2]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos; [2]Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A presença prévia de bloqueio completo de ramo esquerdo (BCRE) constitui um obstáculo ao diagnóstico eletrocardiográfico do enfarte agudo do miocárdio (EAM). Em 1996, foram propostos e validados por Sgarbossa et al. critérios que permitem a identificação precoce do EAM neste contexto: elevação concordante do segmento ST (SST) de 1mm numa derivação; depressão concordante do SST de 1mm nas derivações V1 a V3; elevação excessivamente discordante do SST, definida como igual ou superior a 5mm do SST quando o QRS é negativo. Mais tarde, a modificação dos critérios por Smith *et al.* permitiu aumentar a sua utilidade diagnóstica, substituindo o último critério pela elevação discordante do SST com um ratio ST/S ≥0.25.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 73 anos, com antecedentes patológicos de estenose aórtica grave, com BCRE conhecido, que recorre ao serviço de urgência por dor torácica e episódio de lipotimia. À admissão apresentava quadro de dor pré-cordial, sem instabilidade hemodinâmica e sem sintomatologia congestiva. O electrocardiograma (ECG) apresentava um ritmo sinusal com BCRE. Após avaliação detalhada do ECG foi possível identificar a perda de discordância apropriada com elevação concordante do SST >1mm em DI e AVL e elevação discordante do SST com um ratio ST/S ≥0.25 em todas as derivações precordiais. Foi ativada a Via Verde Coronária, tendo realizado de imediato ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostrou uma função ventricular esquerda sistólica comprometida, com acinésia das paredes anterior, septal e apical, com pequeno trombo imóvel ao nível do segmento apical do septo inferior. O doente foi submetido a cateterismo urgente, evidenciando oclusão total da artéria descendente anterior por trombo. Procedeu-se à revascularização por aspiração do material trombótico, seguida de implantação de *stent*

revestido. O doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, apresentando recuperação da função cardíaca à reavaliação por ETT.
Conclusões: O caso exposto pretende demonstrar a necessidade do reconhecimento precoce dos sinais electrocardiográficos de EAM no BCRE pela equipa médica da sala de emergência, na perspectiva da necessidade de intervenção atempada.

PA 69

QUANDO ANSIEDADE NÃO É SÓ ANSIEDADE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Luís Miranda
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A cardiomiopatia de stress é uma causa reversível de cardiopatia que tem geralmente uma apresentação sugestiva de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e pode ser despoletada por um stress físico e/ou emocional intensos.
Caso clínico: Mulher, 66 anos, autónoma nos autocuidados e antecedentes de tiroidectomia por bócio multinodular, medicada apenas com levotiroxina. Recorre ao Serviço de Urgência por toracalgia pré-cordial à esquerda, em repouso, em pontada, com agravamento com os movimentos respiratórios, sem fatores de alívio e sem irradiação. A sintomatologia iniciou-se uma hora após saber do falecimento de um familiar por atropelamento. Refere, ainda, sensação de globus pharyngis. No que diz respeito à marcha diagnóstica, realizou electrocardiograma (ECG) que mostrou taquicardia sinusal (105 bpm) sem alterações sugestivas de isquemia aguda. Imediatamente após realização de ECG, desenvolveu hipotensão sintomática súbita (TA 64/37 mmHg), sem outras alterações de novo ao exame objetivo. Analiticamente com normolactacidemia, sem distúrbios hidroelectrolíticos, sem anemia, sem alterações da função renal e sem elevação de parâmetros inflamatórios, com TroponinaT de alta sensibilidade 729 ng/L. Discutido caso com Cardiologia: realizou ecocardiografia transtorácica sumária que mostrou compromisso grave da função sistólica ventricular esquerda com hipocinésia da região mediana das paredes ventriculares, tendo sido internada na Unidade Coronária para monitorização. No internamento realizou cateterismo cardíaco que mostrou ausência de doença arterial coronária. Acresce, ainda, venticulografia compatível com cardiomiopatia de stress (síndrome de Takotsubo) variante mesoventricular.
Conclusão: A dor torácica e os equivalentes anginosos podem ser desafiantes. Ainda que numa primeira análise os dados analíticos e electrocardiográficos possam ser pouco sugestivos, a impressão clínica deve imperar. A avaliação integrativa da pessoa-doente pode ser fundamental para o diagnóstico desta cardiomiopatia.

PA 70

QUANDO A DOENÇA É MAIS RÁPIDA QUE O MÉDICO

Eduarda Alves
Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: Uma glomerulonefrite membranoproliferativa pode ser secundária ou idiopática. Deve ser diagnosticada por biopsia renal e os níveis de complemento estão mais alterados do que em outras doenças glomerulares. Tipicamente manifesta-se com proteinuria nefrótica ou proteinuria e hematúria assintomáticas. A hipertensão está presente na maioria dos doentes. Se existir púrpura cutânea, artralgias, anemia, fator reumatóide (FR) aumentado e hipergamaglobulinemia pode haver doença sistémica associada.
Caso clínico: Homem de 75 anos, encaminhado ao serviço de urgência por astenia e dispneia para moderados esforços com dois meses de evolução. Referia lesões purpúricas nos membros inferiores e mãos, perda ponderal, artralgias e mialgias. Antecedentes de fibrilação auricular, asma, hipertensão arterial. Encontrava-se hipertenso, subfebril, com lesões purpúricas generalizadas. Analiticamente, hemoglobina de 6.8, plaquetas 88000, NT-proBNP 30313, creatinina 3.3mg/dL, proteína C reativa e ferritina aumentadas. Na eletroforese pico gama e aumento de cadeias leves kapa e lambda. Ratio de proteínas/creatinina de 3,5gr, proteinuria 24h de 879mg e eritrócitos dismórficos de 25-80%, com 300 eritrócitos no sedimento urinário. Imunologicamente, FR

aumentado e consumo de C3 e C4, crioglobulinas negativas. Serologias víricas negativas.
Apresentou agravamento clínico, com aumento de creatinina, diminuição do débito urinário, e, por conseguinte, foram efetuados pulsos de metilprednisolona durante 3 dias, seguido de prednisolona, no entanto, o doente acaba por falecer.
Discussão: A clínica inicial do doente poderia sugerir uma série de diagnósticos. Após o estudo analítico, podemos constatar uma anemia normocítica, normocrómica com necessidade transfusional, sem parâmetros de hemólise, trombocitopenia. Face à presença de hematoproteinuria, à lesão renal aguda pediu-se biopsia renal, protelando inicialmente tratamento imunossupressor. Apresentava consumo de C3 e C4 e mantinha hipertensão. Colocou-se a hipótese de uma glomerulonefrite membrano-proliferativa (GNMP) com crioglobulinemia e artrite reumatoide ou associada a vasculite de médios/pequenos vasos (ANCA negativa). No entanto, neste caso, a biopsia renal seria fulcral para o diagnóstico.
Conclusão: Neste caso, não se conseguiu chegar ao diagnóstico definitivo dada a progressão desfavorável do doente e consequentemente à não realização de biopsia renal em tempo útil. Num serviço de urgência, o médico tem de ter uma atuação rápida, bem como aptidão para a realização de técnicas de diagnóstico complementárias para se poder chegar a um diagnóstico e posterior orientação terapêutica o mais rápido possível.

PA 71

CÁLCULO CORALIFORME - UMA APRESENTAÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Bruna Filipa Esteves Nascimento; Marta Guisado Orantos; Stela Calugareanu
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: Os cálculos coraliformes, ao contrário dos restantes cálculos renais são mais comuns em mulheres. Os factores de risco associados são quadros de infeções do trato urinário de repetição provocadas por agentes produtores de urease, uso prolongado de cateter vesical, cirurgias ou anomalias do aparelho excretor e bexiga neurogénica.
Caso clínico: Mulher com 72 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor na região lombar bilateralmente que cedia ao paracetamol. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. Analiticamente com agravamento da função renal mas sem acidémia ou hipercaliémia. Realizou radiografia do sistema urinário que demonstrou a presença de cálculos coraliformes bilateralmente. Para esclarecimento realizou tomografia computadorizada que revelou rins de dimensões aumentadas, com marcada hidronefrose bilateral, parênquima praticamente reduzido a fina lâmina e bilateralmente presença de cálculo coraliforme. A doente foi avaliada por urologia, não havendo indicação cirúrgica por se tratar de um quadro funcional irreversível e por não apresentar complicações. Foi posteriormente encaminhada para a consulta de nefrologia que perante o irreversibilidade do quadro, iniciou planeamento de terapêutica de substituição renal.
Conclusões: Este caso de litíase renal com cálculos coraliformes destaca-se porque se tratar de uma doente sem factores de risco ou sintomas e que apresentou uma evolução silenciosa, apresentando-se num estadio de doença renal crónica terminal com necessidade de encaminhamento para técnica dialítica. A imagem de cálculos coraliformes exuberantes e bilaterais em radiografia não é comum mas podem aparecer espoadicamente e não devem ser negligenciados. Apesar de se tratar de uma quadro irreversível de perda da função renal, a deteção desta patologia permitiu o correto encaminhamento clínico da doente.

PA 72

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFEÇÃO POR TUBERCULOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Miguel Monteiro; Sofia Rodrigues de Carvalho; Carolina Ventura; Marina Mendes; Zélia Lopes; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: As complicações vasculares são raramente associadas à tuberculose (TB) apesar da infeção poder causar trombos por diversos

mecanismos: invasão local, compressão venosa e estado transitório de hipercoagulabilidade. Apesar da TB ser considerada um fator de risco para tromboembolismo pulmonar (TEP) existem poucos casos descritos de TB e TEP concomitantes.

Caso clínico: Homem, 49 anos, saudável, sem medicação habitual, hábitos tabágicos de 10 unidades maço ano. Recorreu à urgência por tosse, febre, dispneia, dor torácica pleurítica e astenia com 15 dias de evolução. Não havia menção a hemoptises, hipersudorese noturna ou perda ponderal. Sem história de abuso de drogas, viagens recentes ou contato de risco. A história familiar era irrelevante.

No exame físico: bom estado geral, polipneico, hemodinamicamente estável, sem sinais inflamatórios nos membros inferiores, sinal de Homans negativo. A salientar murmúrio vesicular diminuído no campo pulmonar direito e crepitações inspiratórias na metade inferior do campo pulmonar esquerdo. Dos exames complementares de diagnóstico: insuficiência respiratória hipoxémica; SARS CoV-2 negativo; leucocitose com neutrofilia, PCR sérica 201 mg/L, Ddímeros 1281 ng/mL, marcadores de necrose miocárdica normais. Foi pedida uma tomografia pulmonar com angiografia que revelou trombos em ramos da artéria lobar inferior direita e derrame pleural direito de grande volume loculado, alterações fibro-retráteis apicais, densificação em vidro despolido e consolidação no lobo superior direito. Abordado o derrame por toracocentese com saída de líquido pleural (LP) amarelo, que cumpria critérios de exsudado de predomínio linfocítico, com ADA baixa (19 U/L). Começou imediatamente enoxaparina em dose terapêutica e foi internado. Posteriormente, com resultado da amostra de LP com BAAR negativo. Pela suspeita clínica foram colhidas amostras de secreções brônquicas acabando por se obter BAAR e DNA-*Mycobacterium tuberculosis complex* positivos, confirmando assim o diagnóstico de TB. Iniciou terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida com melhoria progressiva dos sintomas tendo tido alta hipocoagulado com rivaroxabano e orientado para o CDP.

Conclusão: Este caso realça a importância de considerar o diagnóstico de tuberculose em doentes com tromboembolismo pulmonar, particularmente em pessoas saudáveis sem nenhuma outra condição subjacente. Os autores salientam que na evidência de BAAR negativo e ADA baixa, a suspeição clínica permitiu obter o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

PA 73

EM TEMPOS DE COVID, NEM TODAS AS PNEUMONIAS O SÃO!

Carina Costa e Silva; Cristina Marques; João Mota; Ana Ogando; Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior

Introdução: Em dezembro de 2019, iniciou-se a pandemia pelo novo coronavírus, tendo constituído um desafio para a saúde pública. A infeção por SARS-CoV2 causa principalmente pneumonia (PCOV), podendo evoluir com insuficiência respiratória grave, apresentando alta taxa de mortalidade. A pneumonia por outro agente etiológico (POA) mantém-se uma causa comum de morbi-mortalidade. Os doentes com PCOV e POA apresentam sintomatologia semelhante, pelo que a sua diferenciação numa fase inicial se torna difícil.

Objetivo: Descrição das principais características dos doentes que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) na primeira vaga COVID, diagnosticados com pneumonia, comparando aqueles com diagnóstico de PCOV e de POA.

Material e métodos: Estudo retrospetivo descritivo dos doentes avaliados por Medicina Interna (MI) no SU de um hospital periférico, diagnosticados com Pneumonia, no período de 25 de março a 31 de maio de 2020.

Resultados: Foram observados 772 doentes pela MI no SU, com idade média de 69,6 anos, sendo 52,2% mulheres (n=403). 40 apresentaram teste PCR SARS-CoV2 positivo. Foram diagnosticadas 148 Pneumonias, a média de idade foi 75,8 anos, sendo 78 mulheres (52,7%). Destes, 37 (25%) foram PCOV e 111 (75%) POA. 82 doentes (55,4%) apresentava grau de dependência pelo menos moderado (mRankin≥3). As co-morbilidades foram idênticas em ambos os grupos. Na radiografia do tórax observou-se maior prevalên-

cia de alterações bilaterais na PCOV (83,8%, p=0,014), assim como CORADS> 3 na TC do Tórax (PCOV 75,7%; POA 25,2%; p<0,001).
Analiticamente, 43,2% dos doentes apresentava PCR>10 mg/dL, sem diferenças significativas. A linfopenia foi frequente nos 2 grupos (72,9% nas PCOV, 59,5% nas POA), sem diferença significativa. A eosinopenia foi mais prevalente no grupo PCOV (78,4% vs 42,3%; p<0,001). Apesar de a IR ser frequente nos 2 grupos, o grupo das POA apresentou mais frequentemente ratios P/F<200 (21,6% vs 5,4%; p=0,024). Foram internados 33 doentes com PCOV (89,2%) e 80 com POA (72,1%), sem diferença significativa. Foram transferidos 4 doentes com PCOV e 5 POA. Foram registados 11 óbitos durante a permanência no SU, todos com POA. Registou-se uma taxa de readmissão em menos de 30 dias de 8,8%, semelhante nos dois grupos.
Conclusões: Durante a 1ª vaga da pandemia por SARS-CoV2, observou-se uma maior prevalência da POA do que PCOV. A maioria das PCOV apresentava alterações radiológicas bilaterais e CORADS>3 na TC, sendo esta uma escala que traduz a probabilidade de se tratar de um doente com PCOV, este resultado apoia o seu uso na prática clínica. Analiticamente, a presença de eosinopenia parece favorecer o diagnóstico de PCOV. Os doentes com POA tiveram tendência para IR mais grave, apresentando também maior taxa de mortalidade. Estes dados realçam a importância do correto diagnóstico etiológico, dado implicar estratégias terapêuticas diferentes com vista a um melhor *outcome.*

PA 74

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA - UMA EMERGÊNCIA NEOPLÁSICA?

Mariana Massa Oliveira; Carolina Roias; Pamela Ferreira; Luis Dias
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A microangiopatia trombótica (MAT), na forma de Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT), é uma complicação conhecida e grave, porém rara, de doentes com cancro. Ocorre em associação à quimioterapia ou em doença disseminada, mais frequentemente em associação com adenocarcinomas gástricos. Descreve-se o caso de um homem de 59 anos, antecedentes de adenocarcinoma gástrico, submetido a gastrectomia total em 2013. Atualmente em processo de reestadiamento por recidiva do coto gástrico. Apresentou-se com hematemeses, icterícia, dor abdominal e trombocitopenia (34 000 uL), tendo sido transfundidas 1 pool de plaquetas. Retorna dias depois com manutenção das queixas, astenia, anorexia e dor lombar tipo mecânica, sem novos episódios de perdas hemáticas. Analiticamente mantinha trombocitopenia (33 000 uL), apresentava agora anemia (Hb 5,2g/dL), FA/GGT 1303/13U/L, LDH 1372U/L, bilirrubinas Total/Direta 6,12/1,80mg/dL, PCR 38,6mg/dL. Função renal normal. Foram então colhidas hemoculturas e urocultura, que se revelaram negativas, e iniciado empiricamente ertapenem. Apresentava no esfregaço sanguíneo reticulocitose, 3,2% esquizócitos e dimorfismo da população eritrocitária. Teste Coombs direto negativo. Doente recebeu 2U GV e novo pool de plaquetas. Doseamento de Vitamina B12 <83pg/mL, tendo iniciado suplementação de cianocobalamina. Ferritina 37192ng/mL. Marcadores tumorais: CEA 32.3ng/mL e CA-125 84,3U/mL. Apesar de múltiplas transfusões, doente manteve anemia e trombocitopenia, que se agravaram com deterioração do estado de vigília (coma) e insuficiência renal oligúrica, tendo vindo a falecer em D6 de internamento. O diagnóstico de MAT baseia-se na suspeita clínica, no reconhecimento de trombose microvascular, hemólise e consumo de plaquetas, e na caracterização do esfregaço sanguíneo. O reconhecimento precoce desta entidade e quimioterapia parecem ser decisivas para a sua resolução e o prolongamento da sobrevida, sendo que a plasmaferese não parece ter benefícios em doentes oncológicos. Estes doentes têm um prognóstico extremamente mau, com sobrevivências reportadas de dias a semanas.

PA 75

NEM TODOS OS DÉFICES NEUROLÓGICOS SÃO AVC: A PROPÓSITO DE UM CASO DE ABCESSOS CEREBRAIS

Miguel Monteiro; Carolina Ventura; Sofia Rodrigues de Carvalho; Marina Mendes; Teresa Mendes; Zélia Lopes; Teresa Fonseca; Rita Ferraz; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: As infeções do sistema nervoso central (SNC) são entidades que se manifestam de forma multifacetada constituindo dilemas diagnósticos e desafios terapêuticos. A doença infeciosa cerebral pode apresentar-se com várias síndromes clínicas como abcessos, hidrocefalia, meningite e *stroke mimic,* representando um risco acrescido de morbimortalidade quando comparada com outras infeções. O reconhecimento precoce e controlo médico ou cirúrgico adequados são essenciais para melhorar o prognóstico.
Caso clínico: Homem, 60 anos, autónomo, antecedentes de silicose pseudotumoral e aspergilose pulmonar sob tratamento com voriconazol há 4 meses, hipertensão e excesso de peso, cronicamente tratado com tiotrópio/olodaterol, formoterol, amlodipina e olmesartan. Procedimento dentário há 2 semanas.
Recorreu ao serviço de urgência por quadro súbito de mioclonias, parestesia e perda de força no membro inferior esquerdo (MIesq). Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, apirético, eupneico em repouso, discurso fluente, força global e segmentar diminuída no MIesq e hipoestesia no MIesq. Foi pedida tomografia craniana que revelava área hipodensa justacortical frontal e occipital à esquerda e parietal posterior parasagital direita, com efeito de massa. As lesões occipital esquerda e parietal direita coexistiam com imagens quísticas adjacentes. Analiticamente, com anemia microcítica e normocrómica (hemoglobina 11 g/dL) e linfopenia de 1050/uL, VIH negativo. Foi internado tendo realizado ressonância magnética cerebral (RMN) sugestiva de abcessos cerebrais. Encaminhado para neurocirurgia, fez drenagem dos abcessos. Bacteriológico do pús com isolamento de *Prevotella oris*, micológico negativo, micobacteriológico direto negativo (cultural ainda em curso), PCR *Mycobacterium tuberculosis* negativo, PCR *Aspergillus* e *Nocardia* negativos, hemoculturas negativas, ecocardiograma transesofágico sem vegetações, exame anatomopatológico compatível com inflamação. Iniciou Levofloxacina + Metronidazol (switch após citocolestase por toxicidade ao Ceftriaxone) no pós-operatório. A registar como intercorrências: trombose da veia jugular interna, trombose parcial da veia subclávia esquerda, trombose parcial do tronco braquicefálico esquerdo, crise focal com movimentos clónicos da mão esquerda e afasia de novo. Mantém-se internado sob antibioterapia, com persistência dos défices neurológicos à esquerda e aguarda nova avaliação por RMN.
Conclusão: Com este caso os autores pretendem destacar a necessidade de considerar as infeções do SNC no diagnóstico diferencial de défices neurológicos agudos. A Prevotella oris é uma bactéria que pode ser encontrada na boca com potencial para criar infeções invasivas e abcessos cerebrais. Uma história clínica detalhada pode ajudar a criar hipóteses de diagnóstico e guiar a orientação terapêutica.

PA 76

REFERENCIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AO SU: REFERENCIAÇÃO ADEQUADA OU SOBRELOTAÇÃO?

Sofia Carvalho; Carolina Ventura; Marina Mendes; Francisco Soares; Margarida Luís; Diana Anjos
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Diariamente, são referenciados doentes ao serviço de Urgência (SU) provenientes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o que pode contribuir para a sobrelotação deste serviço.
Objetivos: Identificar o motivo de referenciação ao SU, grau de prioridade e destino à data de alta.
Material e métodos: Estudo retrospetivo transversal de doentes referenciados dos CSP ao SU – Medicina Interna entre 1 janeiro 2021 e 31 março 2021.
Resultados: no período em estudo, foram referenciados 266 doentes, sem predomínio de género (50.4% mulheres vs. 49.6% homens), com

idade de 67.6 ± 17.4 anos. A maioria (61.7%, n=164) foram triados como "Muito Urgente – Laranja", de acordo com a Escala de Triagem de Manchester, e 34.6% (n=92) como "Urgente - Amarelo". O principal motivo de referenciação foi a dispneia (46.2%; n=123), seguido, em muito menor número, da alteração do estado de consciência (8.6%; n=23). 171 dos doentes (64.3%) foram admitidos em internamento (57.9%; n=154 em Enfermarias de Medicina Interna), 28.9% (n=77) tiveram alta para os CSP, 4.9% (n= 13) foram referenciados a consulta externa; os restantes assinaram alta contra parecer (n=5) e 1 doente faleceu.

Conclusões: A grande maioria dos doentes foi adequadamente referenciada para os cuidados hospitalares, demonstrado não só pela prioridade atribuída na triagem bem como pelo elevado numero de internamentos. É, assim, falacioso responsabilizar os CSP pela sobrelotação dos SU sendo premente a alocação de recursos aos Serviços de Saúde.

PA 77

SINTOMAS INESPECÍFICOS PARA UM DIAGNÓSTICO PECULIAR

Ana Isabel Bezerra Rodrigues Machado; Margarida Araújo; Luísa Pinto; António Oliveira e Silva
Hospital de Braga

A Tiroide é uma glândula endócrina com funções vitais no nosso organismo e a alteração da função tiroideia pode causar várias disfunções, quer a nível cardiovascular, quer a nível metabólico.

Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Psoríase grave sob ustecinumab, patologia depressiva e etilismo crónico.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por astenia marcada, tonturas e falta de forças nos membros inferiores com 1 mês de evolução. Referia também vários episódios de pré-sincopes e tendência para a hipotensão (mesmo após suspensão da medicação anti-hipertensora). Negava febre, dispneia e toracalgia. Sem sintomas focalizadores de infeção. Mantinha consumos alcoólicos. Tinha recorrido ao SU várias vezes no último mês com a mesma sintomatologia.

À observação o doente encontrava-se lentificado, hipotenso (83/49 mmHg) mas normocárdico, com edema peri-orbitário, sem outras alterações no exame físico. Eletrocardiograma com bloqueio auriculo-venticular de 1o grau de novo.

Do estudo realizado: TSH 100.827, T4 livre indoseável, marcadores de necrose miocardica e marcadores inflamatórios negativos. Tomografia computadorizada cerebral sem alterações agudas. Foi assumido diagnóstico de hipotiroidismo de novo, fez dose de carga de levotiroxina endovenosa e foi internado na Unidade de Vigilância Apertada de Medicina Interna.

Realizou ecografia tiroideia: 'Tiróide de contornos irregulares, com dimensões no limite superior da normalidade, medindo o lobo direito 16x22x42 mm e o lobo esquerdo 15x15x39 mm de eixos. A textura é difusamente heterogénea, com áreas pseudonodulares, aspetos a traduzir tiroidite, a valorizar analiticamente. Sem nódulos individualizáveis.Sem adenomegalias latero-cervicais ou gânglios com características morfodimensionais patológicas.' e doseamento de anticorpos: anti-tireoglobulina> 1000, anti-TPO 10996. Durante o internamento com orientação por endócrinologia, tendo sido diagnosticado Mixedema por Tiroidite. Iniciou corticoterapia e manteve levotiroxina.

PA 78

INCIDÊNCIA E CAUSAS DE LESÃO RENAL AGUDA À ADMISSÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Marta F. Costa; Patrícia Carvalho
CHUC - HUC

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) é uma entidade prevalente nos doentes internados (15% de todos os hospitalizados) e é mais comum em doentes críticos nos quais a prevalência varia de 40 a 60%. Resulta, geralmente, da associação de vários insultos em doentes com fatores de risco pré-existentes. As causas mais comuns de LRA nos doentes hospitalizados são a sépsis, nefrotoxicinas e hipoperfusão renal (causas pré-renais e renais). A LRA da comunidade é usualmente incomum, mas poderá estar subdiagnosticada.

Objetivos: Estimar a incidência e causas de LRA na comunidade através da análise de doentes

admitidos, por todas as causas, num Serviço de Urgência de um hospital terciário.

Material e métodos: Realizámos um estudo transversal, incluíndo 300 doentes admitidos no Serviço de Urgência de um hospital terciário, durante 1 dia, com doentes de todas as faixas de prioridade da triagem de Manchester e triados para qualquer especialidade. Foram recolhidos e analisados dados clínicos e analíticos.

Resultados: A idade média foi de 54 ± 21 anos, observando-se um predomínio de homens (56%). A média de creatinina sérica foi de 0,97 ± 0.50 mg/dL. A incidência de casos de LRA foi de 10% (n=30), com uma média de creatinina de 1,44 ± 0,23 mg/dL; todos os casos corresponderam a casos de LRA estadio 1 da classificação AKIN. As causas de LRA variaram entre etiologias pré-renais - síndrome cardiorrenal tipos 1 e 2 em 43% dos casos (n=13), estados de desidratação/hipo-volémia em 40% dos casos (n=12) e pós-renais - neoplasia invasora do ureter em 3% dos casos (n=1), hidronefrose por litíase em 10% dos casos (n=3) e obstrução prostática em 1 caso.

Conclusões: As causas de LRA em doentes provenientes da comunidade e admitidos em SU são diferentes das etiologias observadas nos doentes internados e doentes críticos. A incidência de casos de LRA em doentes admitidos no SU por todas as causas não foi desprezível (10%) e representa uma incidência superior ao descrito na literatura, possivelmente por subdiagnóstico. A etiologia dos casos de LRA deveu-se maioritariamente a causas pré-renais (83% dos casos), em concordância com o descrito em estudos prévios. A síndrome cardiorrenal representou uma etiologia importante de LRA, o que poderá motivar maior atenção para o tratamento desta entidade, e desta forma, prevenir insultos renais, comprovadamente fatores de risco para o desenvolvimento de doença renal crónica.

PA 79

UM DIAGNÓSTICO EFICAZ DE DISSECÇÃO AÓRTICA

José Guilherme Assis; Daniela Viana; Joana Rua; Joana Trigo; Romeu Pires; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A ecografia *point-of-care* é um método de diagnóstico útil, complementando o exame objetivo. No contexto do serviço de urgência (SU), permite uma avaliação eficiente do doente crítico, possibilitando a agilização do processo diagnóstico e promovendo a instituição oportuna de medidas terapêuticas.

Este caso clínico remete para um homem com 43 anos, que recorre ao SU apresentando quadro clínico com 1h30 de evolução caracterizado por dor torácica, constante e persistente, sem irradiação, com elevada intensidade, associada a náuseas e vómitos, que motivou o seu despertar. Ao exame objetivo apresentava-se com palidez mucocutânea, lentificação psicomotora, sudorese e com extremidades frias - sem outras alterações de relevo. A gasometria arterial foi realizada, revelando hiperlactacidemia, bem como o eletrocardiograma, que demonstrava elevação inframilimétrica do segmento ST nas derivações V1 e V2. Revisão do processo clínico revelou ausência de antecedentes pessoais significativos, qualquer medicação habitual, história de taba-gismo e consumo de drogas ilegais, ou cirurgia recente. Ecocardiograma sumário foi realizado, demonstrando função ventricular esquerda conservada, presença de derrame pericárdico, aorta com cerca de 46 mm e imagem sugestiva de *flap* na porção ascendente. Estudo tomoden-simétrico confirmou o diagnóstico de disseção da aorta ascendente cerca de 20 minutos após a admissão hospitalar. Assegurando o suporte necessário, o doente foi imediatamente trans-ferido para centro de referência, sendo intervencionado com sucesso.

Este caso sublinha a importância da ecografia realizada à cabeceira do doente na orientação do doente crítico. O diagnóstico eficaz e precoce permitiu assegurar o transporte e intervenção oportunos no advento de uma emergência cirúrgica.

PA 80

KILLING ME TOUGHLY – UM CASO DE INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS

Andreia Mariana Baptista Freitas; Nuno Leal; Leonor Silva; Filipa Borges Santos; Sara Beça
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Os organofosforados são um dos constituintes dos pesticidas agrícolas, e é da sua exposição que resulta a maior parte dos casos de toxicidade a pesticidas. São potentes inibidores da acetilcolinesterase, responsável pela degradação da acetilcolina. A toxicidade aguda por organofosforados manifesta-se pelo excesso de acetilcolina nos recetores nicotínicos e muscarínicos presentes no Sistema Nervoso Autónomo (maioritariamente parassimpático), Sistema Nervoso Central e junção neuromuscular. Para reverter o excesso de acetilcolina no organismo recorre-se à atropina (compete com a acetilcolina pelos receptores muscarínicos, prevenindo a ativação adrenérgica) e oximas (reativadoras das colinesterases, atuando nos receptores muscarínicos e nicotínicos).

Caso clínico: Homem de 64 anos com antecedentes de carcinoma epidermoide da hipofaringe, síndrome depressiva, hipertensão arterial e abuso crónico do álcool. Admitido na Sala de Emergência por intoxicação voluntária com Dursban4™. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, com Escala de Coma de Glasgow de 15 e sem sintomas colinérgicos. Foi submetido a descontaminação e lavagem gástrica com saída de substância leitosa com odor intenso e a bólus de obidoxima. Analiticamente sem alterações exceptuando colinesterases 150U/L. Quatro dias após admissão hospitalar o doente iniciou quadro de miose, broncorreia, prostração, fasciculações e convulsões, tendo feito bólus seguidos de perfusão de atropina. Apesar das medidas instituídas, episódio de peri-paragem cinco dias depois com necessidade de entubação orotraqueal e admissão em Unidade de Cuidados Intensivos. Durante o internamento de duas semanas, re-introduzida obidoxima (9 dias) e mantida atropina (6 dias). Após suspensão da terapêutica manteve colinesterases permanentemente baixas, mas sem novos sintomas. O doente permaneceu hospitalizado 2 meses, com complicações associadas ao internamento prolongado. À data de alta encontrava-se traqueostomizado e com importante miopatia de desuso, tendo mantido seguimento em consulta externa.

Conclusões: O presente caso clínico descreve uma intoxicação pouco frequente mas altamente letal. É imprescindível que os médicos em ambiente de Serviço de Urgência, sobretudo na Sala de Emergência, sejam capazes de abordar este tipo de intoxicações. Em retrospetiva, os autores consideram que poderia ter sido interessante associar *ad initium* atropina com obidoxima pelos seus mecanismos complementares, de forma a evitar os sintomas de toxicidade colinérgica que se manifestaram à posteriori. De facto, apesar de os sintomas de intoxicação aguda de serem expectáveis apenas nas primeiras 24h, o bloqueio ineficaz dos receptores pode manter o doente em risco por mais tempo. Assim, a monitorização apertada do doente deve prolongar-se após abordagem inicial no Serviço de Urgência.

PA 81

ENCEFALITE HERPÉTICA COMPLICADA

Mariana Guerra[1]; Emanuel Martins[2]; Ana Inês Martins[2]; João Rocha Gonçalves[1]
[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

O vírus *Herpes Simplex* (HSV) é a causa mais frequente de encefalite, causando um processo necrotizante de vasculite e edema cerebral, que pode levar a complicações isquémicas ou hemorrágicas, com prognóstico menos favorável.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 52 anos, hipertensa, que recorre a serviço de urgência (SU) por febre, cefaleias frontais tipo pressão e prostração com 3 dias de evolução.

Ao exame objetivo, apresentava-se febril (T 38,3ºC), taquicárdica (FC 115 bpm) e hipotensa (TA 100/80 mmHg) e no exame neurológico (ENS) era evidente uma disartria grave, desvio conjugado do olhar para a direita, mioclonias da face e membro superior (MS) direito, além de hemiparesia direita de grau 3 no MS e grau 2 no membro inferior.

Foi efetuada TC-CE que revelou a presença de hipodensidade cortico-subcortical temporal interna esquerda e a angioTC cerebral identificou uma estenose focalizada não oclusiva na emergência de um dos segmentos de artéria cerebral média no território de M2 esquerda, com fluxo distal preservado, sem outros compromissos arteriais ou venosos, tal como aneurismas ou malformações arterio-venosas.
Dada a clínica, foi efetuada punção lombar onde foram detetadas 120 células, de predomínio mononucleares, com hiperproteinorráquia e hipoglicorráquia.
Foi iniciado empiricamente ceftriaxone, ampicilina e aciclovir, além de levetiracetam, após ter sido assumido diagnóstico de encefalite herpética (EH).
A PCR do liquór foi positiva para HSV e as alterações presentes em angio-TAC foram assumidas como lesões secundárias a fenómenos de vasculite.
Repetiu TC-CE após 24h com aumento da área da hipodensidade temporal esquerda, sem efeito de massa, mas com 3 áreas sugestivas de transformação hemorrágica.
O EEG identificou ritmos lentos no hemisfério esquerdo, com atividade delta temporal contínua e paroxística frequente com potencial epileptogénico.
Foi mantido aciclovir e levetiracetam, antes de transferência da doente para o internamento.
Discussão: O caso mostra a necessidade de uma abordagem rápida perante a suspeita clínica de EH com introdução de tratamento etiológico dirigido de modo a evitar o desenvolvimento de focos hemorrágicas e epilépticos, de modo a prevenir a futuras comorbilidades. Além da forma de apresentação *stroke-like* inicial, em possível relação com o tempo de evolução da doença, uma vez que a doente já apresentava sintomas há cerca de 3 dias.

PA 82

GELO COMPLEMENTAR DE DIAGNÓSTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana Gomes Cochicho[1]; Sofia Vale[2]; José Cruz Araújo[3]
[1]hospital Dr. Jose Maria Grande; [2]Unidade de Saúde Familiar d'as Terras de Lanhoso; [3]Hospital de Braga

Introdução: A ptose palpebral é um sinal neurológico comum que decorre da fraqueza do músculo elevador da pálpebra superior ou do músculo de Muller, decorrente da afecção do nervo oculomotor ou da inervação simpática respectivamente; de lesão da pálpebra ou de lesões hemisféricas. Consequentemente, implica um diagnóstico diferencial abrangente, que inclui miopatias, síndrome de Horner, paralisia do terceiro par ou miastenia gravis.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 60 anos, leucodérmica.
Com antecedentes pessoais de vertigem e sem medicação habitual.
Recorre ao Serviço de Urgência por ptose do olho esquerdo, de início na véspera, com melhoria na manhã do próprio dia, mas com novo agravamento ao longo do dia.
Referia também instalação insidiosa de fraqueza nos músculos faciais ao final do dia, bem como voz nasalada após discurso prolongado e dificuldade na retenção de líquidos na cavidade oral, por fraqueza dos lábios.
Da observação, destacava-se ptose parcial esquerda, pupilas isocóricas e isoreactivas. Na supraversão sustentada, apresentava oscilação da pálpebra esquerda e contracção repetida do músculo frontal ipsilateral. Sem limitação dos movimentos oculares, assimetrias faciais, ou outras alterações ao exame neurológico.
Foi realizado teste de gelo, mediante a aplicação de gelo na pálpebra esquerda, durante 2 minutos, verificando-se redução significativa da ptose durante alguns minutos.
O teste de gelo positivo corroborou o provável diagnóstico de miastenia gravis ocular, tendo a doente iniciado piridostigmina.
Do estudo à posteriori destaca-se: electromiografia com decremento sugestivo de perturbação pós-sináptica; tomografia computorizada torácica sem presença de timoma; anticorpos anti-

receptor da acetilcolina positivos e anticorpos anti-musk negativos.
Houve necessidade de introdução de prednisolona, com subsequente melhoria clínica sustentada.
Conclusões: A miastenia gravis é uma patologia rara, de natureza auto-imune, com afecção da região pós-sináptica da junção neuromuscular.
O arrefecimento reduz a actividade da colinesterase, aumentando a disponibilidade de acetilcolina, que promove a despolarização na placa motora. Este fenómeno sustenta a aplicação do teste de gelo na distinção de ptose secundária a miastenia gravis ou outras causas. A sua elevada especificidade e aceitável sensibilidade associadas à facilidade de implementação e ao baixo custo, tornam este método interessante para utilização no Serviço de Urgência.

PA 83

TROMBOSE VENOSA SÉPTICA E EMPIEMA SUBDURAL COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA AGUDA

Mariana Guerra[1]; Débora Alves[2]; Paulo Ferreira[1]; João Rocha Gonçalves[1]
[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A otite média aguda (OMA) é um diagnóstico recorrente no serviço de urgência (SU) e geralmente decorre sem complicações. Mas pela complexidade de estruturas anatómicas adjacentes, pode ter graves complicações.
Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos encaminhado ao SU após ter sido encontrado caído na rua inconsciente, com sinal de incontinência de esfíncteres e amnésia para o sucedido. Estaria medicado com antibioterapia tópica por OMA diagnosticada há cerca de 1 semana após episódio de febre, cefaleias e otorragia. Sem antecedentes pessoais de relevo.
Ao exame objetivo, encontrava-se febril (T 38,4ºC), hipotenso (TA 76/50 mmHg) com frequências cardíacas controladas e rítmicas, consciente, colaborante e com otorreia a nível do ouvido esquerdo. Não foram identificados défices neurológicos focais ou outras alterações ao exame objetivo. Foi efetuado fluid-challenge com fraca resposta, tendo sido necessário iniciar suporte aminérgico com dopamina em cateter periférico. Foi colhido rastreio séptico. Analiticamente apresentava lesão renal aguda AKIN 1 (creatinina de 1,8 mg/dl), CK de 9350 u/L e PCR de 23.07 mg/dl. Realizou TC-CE que descrevia a presença de hipodensidade no parênquima cerebeloso esquerdo, adjacente à mastóide correspondente a empiema subdural com efeito de massa sobre o parênquima adjacente, sinais de otomastoidite esquerda com rotura do *tégmen timpani* e trombose no seio lateral esquerdo. Realizou veno-TAC que confirma a trombose da veia jugular, seio sigmoide e seio transverso esquerdo e o seio sagital superior.
Portanto, quadro compatível com choque séptico com ponto de partida em OMA complicada de otomastoidite aguda perfurada com empiema subdural e trombose venosa séptica associada. Iniciada antibioterapia com ceftriaxone em dose meníngea e metronidazol, além de enoxaparina em dose terapêutica pela trombose séptica. Sem indicação para drenagem cirúrgica segundo Neurocirurgia. Foi posteriormente submetido a mastectomia radical esquerda, procedimento esse que decorreu sem complicações.
Discussão: O caso ilustra possíveis complicações decorrentes da OMA, que apesar de raras e passíveis de recuperação, podem ser bastantes debilitantes e necessitam de um manejo adequado e atempado, muitas vezes no SU, para evitar repercussões mais graves e life-threatning.

PA 84

SÍNDROME DE WEIL OU LEPTOSPIROSE ICTÉRICA

Marta F. Costa; Patrícia Carvalho; Sara Leitão
CHUC - HUC

Introdução: A leptospirose é uma zoonose causada por uma espiroqueta, a Leptospira *interrogans*. As manifestações clínicas incluem sinais e sintomas inespecíficos - febre, cefaleia e mialgias). A icterícia é considerada como critério para distinguir a forma mais grave da doença, a síndrome de Weil, caracterizada também por esplenomegália, nefrite e diátese hemorrágica.
Caso clínico: Mulher de 72 anos, autónoma com antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia e excesso de peso, recorreu ao SU por astenia e

anorexia com cerca de 1 semana de evolução, dor epigástrica ocasional e colúria, sem noção de acolia. Negou febre, náuseas, vómitos, diarreia, sintomas respiratórias ou genitourinários. Ao exame objetivo no SU apresentava-se consciente, colaborante e orientada, com mucosas ictéricas, eupneica, com saturação de O2 periférica em ar de 90%, hemodinamicamente estável, TA: 113/78 mmHg, apirética, AC regular sem sopros, AP com discretos fervores na base direita, abdómen mole e depressível, indolor à palpação. Gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1 (FiO2 21%/pO2 57mmHg). Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia (leucócitos 14 600/L, neutrófilos 12 110/L, trombocitopenia grave (plaquetas 15000/L) e citocolestase com hiperbilirrubinémia (AST 33U/L, ALT 56/L, FA 127/L, BT 6.4 mg/dL, BD 4.9 mg/dL), sem outras alterações. Ecografia abdominal sem alterações. Iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone e terapêutica de suporte (oxigenioterapia e fluidoterapia).

Durante o internamento foi obtido resultado de serologia compatível com infeção por Leptospira (IgG 8.90, IgM >100.00) e apurada a história clínica, havendo evidência de contacto com urina de rato. Cumpriu terapêutica antibiótica durante 7 dias com melhoria clínica e analítica progressivas ao longo do internamento.

Conclusões: A síndrome de Weil apresenta-se como uma síndrome multissitémica caracterizada por disfunção hepática, renal e vascular a que se associam também complicações do foro respiratório decorrentes de hemorragias intra-alveolares. Tem uma taxa de mortalidade de 5 a 20%. A antibioterapia com penicilinas, tetraciclinas e amoxicilina e a terapêutica de suporte são o tratamento recomendado. Neste caso, as manifestações sistémicas incluíram disfunção hepática e respiratória, não havendo evidência de outras alterações de sistemas, nem mesmo presença de febre. Apesar da dificuldade diagnóstica inicial, foi implementado tratamento dirigido adequado, o que permitiu a evolução clínica favorável.

PA 85

A PROPÓSITO DE UM ABCESSO PERSISTENTE

Karolina Mohosh; Ana Sofia Queiroz Rodrigues; Inês Sofia Marques Henriques Castanheira Costa
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo)

Introdução: Cada vez mais nos convencemos de que a abordagem multidisciplinar e de proximidade entre Cuidados de Saúde Primários e Secundários permite oferecer melhores cuidados de saúde aos utentes. A partilha de conhecimentos e a discussão de casos clínicos permite uma visão abrangente dos utentes e uma possibilidade de diagnóstico e posterior tratamento mais precoce.

Caso clínico: Trata-se de utente do sexo masculino, 79 anos, parcialmente dependente, com antecedentes patológicos de dislipidemia e demência e, cirúrgicos, de apendicectomia em 2011 e colecistectomia em 2020. O utente terá recorrido à Consulta Aberta em dezembro 2020 por queixas de dor torácica tipo pleurítica localizada à grade costal inferior direita após queda e trauma do local com 3 dias de evolução. Negava febre, dificuldade respiratória ou sensação de dispneia. Objetivamente apresentava abcesso local que terá sido drenado com incisão. Teve alta com flucloxacilina e ibuprofeno. Seis meses após, com drenagem local abundante e persistente, de características pouco habituais (presença pequenas pedras que sugeria ser a causa do abcesso inicialmente) e após escalada da terapêutica antibiótica e cuidados de penso quase diários, foi encaminhado pela sua Médica de Família, para a urgência do hospital de referência ao cuidado da Cirurgia Geral. Nesse dia realizou TC AP que revelava “Trajeto fistuloso lombar direito, desde a pele até à região postero-superior do RD, com o qual não parece contactar, esboçando uma pequena coleção septada, a maior loca com cerca de 13 mm”. Realizou também RMN abdominal, cujo relatório permitiu o diagnóstico de abcesso com cálculos vesiculares residuais caídos no recesso peritoneal – processo designado de dropped gallstones. Desde aí, ainda com drenagem e cuidados contínuos de penso e vigilância, prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados, após ter sido optado por atitude

expectante, tem sido seguido em consulta de Cirurgia Geral com reavaliações periódicas.
Conclusões: O contacto entre as diferentes especialidades e fornecimento de dados importantes em ambos os sentidos é crucial numa abordagem multidisciplinar, principalmente em utentes com algum grau de demência, dependência e isolamento social. O acompanhamento e as estratégias mais indicadas neste tipo de utentes apenas são possíveis com uma relação de proximidade entre os vários profissionais envolvidos.

PA 86

LESAO VESTIBULAR PERIFERICA UNILATERAL AGUDA

Sara Lourenço Tereso; Carlos Machado e Costa
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As causas de vertigem são classificadas genericamente como centrais AVC, doença neurodegenerativas, doenças desmielinizantes, neoplasias do SNC) e periféricas (Vertigem Posicional Paroxística Benigna, Doença de Menière, neurite vestibular, vestibulopatia bilateral, hipofunçao vestibular bilateral, enxaqueca, colesteatoma, mastoidite, sarcoidose, uso de antibiótico toxico, neurinoma acústico) sendo as causas periféricas responsáveis por 80% dos casos.
Caso clinico: Mulher 48 anos, com antecedentes pessoais de enxaqueca com aura e perturbação hipercinética inicia quadro de vertigem rotatória e oscilópsia, com desequilíbrio, acompanhadas de náuseas e vómitos, não associados com movimentos cefálicos, com cefaleia frontal com aura e acufenos bilaterais. Nega diplopia ou alteração da acuidade visual, disfagia, alteração da força ou sensibilidade. Recorre ao SU, tendo sido medicada com betahistina e domperidona, sem melhoria sintomática. Por agravamento progressivo recorre a ORL conhecido, que relata nistagmo horizonto-rotatorio espontâneo em todas as posições do olhar com vertente rápida para a direita e marcha atáxica, encaminhando-a para o SU. Realiza analises e TC- CE que se apresentam sem alterações. Fica internada para esclarecimento de Síndrome Vertiginoso.
Durante o internamento é observada pelo otorrinolaringologista que destaca nistagmo espontâneo grau III, com fase rápida para a direita com Head impulse teste patológico à esquerda, sem skew desviation; acumetria: Rine +/+, Weber indiferente; otoscopia normal. Realiza audiograma tonal simples identificou surdez neurossensorial ligeira nas frequências mais graves à direita (limiares auditivos entre 15 e 40dB) e surdez mista (maior componente NS) ligeira a moderada nas frequências mais altas (limiares auditivos via aérea entre 20 e 50dB).
Admitida lesão vestibular periférica unilateral aguda à esquerda, iniciou corticoterapia com prednisolona 60mg 1 id durante o internamento para cumprir uma semana, com desmame progressivo posterior.
Durante o internamento cumpriu reabilitação Vestibular, evidenciando melhoria do nistagmo torsional direito de baixa velocidade passado de grau III para grau II com fixação visual, bem como melhoria da hiperosmia, hipersensibilidade vestibular e da foto e fonossensibilidade, sem náuseas, tolerando marcha com supervisão para curtos trajetos (quarto e Wc), bem como duche sem desequilíbrio para a esquerda evidenciado à admissão.
Discussão: Apesar das causas periféricas de vertigem serem as mais frequentes, devemos excluir sempre as causas centrais. A reabilitação promove a recuperação de pacientes com hipofunção periférica permanente, uni ou bilateral.

PA 87

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – POR DÉFICE DE PROTEÍNA S VERSUS SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDICO

Elisabete Dulce Da Cunha Mendes; D. Cassama; N. Sousa; A. Mendes; A. Mendonça; N. Calado; I. Soles
Hospital Portalegre

O Tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) é uma doença relativamente comum e potencialmente fatal que requer um diagnóstico rápido e preciso. Este caso vem demonstrar que o estudo etiológico do TEP é fundamental, dado que só dessa forma podemos atuar sobre as possíveis causas e evitar recorrências futuras.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 37 anos de idade, autónoma e com antecedentes de: diabetes gestacional, hipertensão gestacional sugestiva de pré-eclâmpsia e cesariana 4 semanas antes da sua vinda ao serviço de urgência.

Recorreu ao serviço de urgência (SU), por quadro de febre, dor pleurítica e mal-estar geral. A gasometria arterial mostrou hipoxemia e hipocapnia. Fez Angiotomografia computorizada (Angio-TC) torácica que revelou tromboembolia pulmonar bilateral. O estudo complementar revelou défice de proteína S, tendo-se iniciado anticoagulação oral com varfarina ad eternum. Teve alta após vários dias de internamento.

Após 2 dias da alta, regressou ao SU por quadro de mal-estar geral e febre persistente, sem qualquer outra sintomatologia associada. Repetiu Angio-TC torácica que demonstrou melhoria dos defeitos de repleção compatíveis com TEP.

Foi reinternada admitindo-se status pós-TEP e pneumonia nosocomial. Ao longo do internamento, a doente permaneceu clinicamente estável mantendo, contudo, o quadro febril, apesar da antibioterapia empírica instituída com piperacilina + tazobactam.

Os exames microbiológicos realizados e a procalcitonina foram negativos. No entanto, foram identificados Anticorpos Anti-Nucleares (ANA) 1,2 (duvidoso de 0,8 a 1,2) e Anticorpo Anti-Cardiolipina IgM 18,1 MPLU/mL (positivo se >/= 18); Anticorpo Antifosfolipídico 1,6. Perante estes resultados, colocou-se a hipótese de se tratar de uma doença autoimune e instituiu-se corticoterapia com sucesso e remissão do quadro febril.

Teve alta melhorada, encaminhada para consulta de medicina interna e doenças autoimunes.

Neste caso, não é possível afirmar com certeza se o TEP teve como causa o défice de Proteína S ou a Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídico (SAAF). Os anticorpos antifosfolipídicos deverão ser repetidos dentro de 8 semanas para confirmação da hipótese de SAAF dado que a doente teve parto recente e nestas circunstâncias pode cursar com SAAF falso positivo. Caso esta hipótese seja confirmada deverá ser privilegiada manter a anticoagulação oral com varfarina e INR alvo de 2-3.

PA 88

O QUE NÃO É SIMPLES, AFINAL É SIMPLEX - DA CONVULSÃO À INFEÇÃO HERPÉTICA

Miguel Coelho; Rita Constantino; Maxim Jitari; Dilorom Alimova; Adelaide Figueiredo
Hospital Distrital de Santarém, EPE (2) USF Planalto

Introdução: A meningoencefalite viral caracteriza-se por um quadro clínico súbito de cefaleia, fotofobia, rigidez da nuca, náuseas, vómitos e febre. Ao exame físico, destaca-se o bom estado geral do paciente e a presença de sinais de irritação meníngea. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis, porém a faixa etária de maior risco é a de menores de cinco anos. Aproximadamente 85% dos casos são devido ao grupo dos Enterovírus. A meningoencefalite herpética é um processo inflamatório do cérebro e das meninges causada pelo vírus herpes simplex. O diagnóstico baseia-se na análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) obtido por punção lombar. Tipicamente com aspeto límpido, incolor, o nível de proteínas é ligeiramente mais alto, mas menos do que na meningite bacteriana aguda e o nível de glicose normal ou apenas ligeiramente baixo. No entanto, a exclusão de meningite bacteriana requer resultado negativo da cultura do LCR. A meningoencefalite herpética é uma doença grave com elevado risco de mortalidade, pelo que o tratamento deve ser efetuado em contexto hospitalar e de forma prolongada.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 33 anos, autónoma. Antecedentes pessoais de perturbação de ansiedade e medicada habitualmente com Escitalopram e Loflazepato de Etilo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por episódio de crise convulsiva tónico clónica sem outra clínica ou queixa associada. Apresentava exame objetivo (EO), TAC de crânio e avaliação analítica (AA) sem alterações de relevo. Teve alta com vigilância de sinais de alarme. Volta ao SU no dia seguinte por alteração do estado de consciência (AEC) e cefaleia intensa. Novamente sem alterações quer ao EO, quer na AA. Teve alta medicada com levetiracetam e referenciada à consulta de neurologia por suspeita de epilepsia. Dois dias depois, volta ao SU por quadro de AEC e febre com um dia de evolução (TT máxima de 38.5ºC).

Negava consumo de álcool ou drogas. Ao exame neurológico apresentava desorientação, alterações disfásicas da linguagem com perturbações da nomeação e compreensão, mas com discurso fluente. Novamente, AA e TAC-crânio sem alterações de relevo. Análise citoquímica do LCR com Proteínas 40.1; Glucose 61.0; Contagem de células total: 89 (Mononucleares=88, Polimorfo nucleares=1) e, mais tarde, exame cultural positivo a Herpes Simplex tipo 1. Durante o internamento realizou terapêutica com aciclovir 10 mg/kg/dose de 8/8 horas durante 21 dias, com melhoria progressiva do quadro clínico.

Conclusões: Este é um caso atípico de meningoencefalite viral, visto não se enquadrar na faixa etária mais frequentemente e por se apresentar inicialmente apenas com crise convulsiva. Destaca-se, assim, a importância da suspeição diagnóstica, uma vez que quando diagnosticada e tratada precocemente poderá ter melhor prognóstico e minimizar complicações e sequelas.

PA 89

IMPACTO DA PANDEMIA NA "URGÊNCIA NÃO-COVID" – ESTUDO RETROSPETIVO

Maria Eduarda Rodrigues Batista; Sara Maia Barbosa; Teresa Souto Moura; Margarida Sá Pereira; Paula Fonseca
Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: O novo coronavírus (SARS-CoV2), que resulta na infeção COVID-19, ameaçou os sistemas de saúde em todo o mundo, testando limites, desafiando capacidade de resposta, gerando ondas de choque com impacto colossal - Portugal não escapou à regra.

A imposição de confinamento em meados de março de 2020, aliada ao receio da transmissão viral, conduziu a um decréscimo de afluência ao Serviço de Urgência (SU), sobretudo no que concerne a patologias médicas não relacionadas a COVID-19. O presente estudo visa compreender a realidade do nosso Centro Hospitalar.

Objetivos: Comparar número e gravidade dos doentes sem diagnóstico de COVID-19 durante um ano de pandemia, com o período homólogo do ano anterior.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo das admissões no SU sem diagnóstico de COVID-19, bem como dos *destinos* atuados pela especialidade de Medicina Interna. A população estudada integrou 2 períodos: abril de 2019 a março de 2020 - Pré-Pandemia (PP); abril 2020 a março de 2021 - Pandemia (P). Foram consultados processos clínicos, colhidos dados demográficos e critérios de gravidade (triagem de Manchester), analisados *destinos*/resultados (alta, consulta externa, internamento, óbito). A análise comparativa foi concretizada em Excel.

Resultados: Foram incluídos 120341 doentes - 60,58% (N=72904) no período PP e 39,42% (N=47437) no período P, constatando-se um declínio estatisticamente significativo [U (Npp=12, Np=12)=1, z=38, p<0,01]. A mediana de idades foi 53 anos PP [mínima (min) 15, máxima (máx) 110] e 55 anos no período P (min 15, máx 106), predominando a faixa etária dos 20-29 anos [17,01% (N=12397), 14,66% (N=6954), respetivamente]. O género feminino, maioritário em ambos os períodos, representa 53,89% (N=39285) no PP e 51,29% (N=24330) no P. A triagem "urgente" (amarela) prevalece no PP [46,74% (N=34076)], ao invés do retratado no período P, onde domina o "pouco urgente" (verde) [43,48% (N=20627)]. Destaca-se o incremento de 2% na atribuição de triagem "muito urgente" (laranja) no período P [8,30% (N=6053) vs 10,27% (N=4872)].

Relativamente a *destinos*: Período PP - alta 73,66% (N=53704), consulta externa (CE) 12,55% (N=9146), internamento 13,45% (N=9802), óbitos 0,35% (N=252); período P - alta 69,24% (N=32844), CE 11,26% (N=5343), internamento 18,73% (N=8883), óbitos 0,77% (N=367).

Conclusão: A significativa redução de afluência à "urgência não-covid" pode explicar-se pelos períodos de confinamento e recomendações para evicção de contactos, a par do receio instalado em torno das instituições de saúde. Este combinado de circunstâncias atingiu gravemente o binómio paciente-cuidados e, por consequência, o seguimento e controlo da doença crónica, engrossando os níveis de internamento. Todavia, analisando os dados referentes à triagem de Manchester, nos dois períodos, as diferenças demonstradas não transmitem os níveis de gravidade efetivamente encontrados.

PA 90

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA, UM EXEMPLO DE DIAGNÓSTICO EMERGENTE

Elisa Macedo Brás; Raquel Costeira; Joana Almeida Calvão; Nuno Ferreira da Silva; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma entidade nosológica do espectro das microangiopatias trombóticas. As manifestações clássicas incluem trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, febre, disfunção neurológica e renal - conhecidas por pêntade de Raynaud. Tem pico de incidência na 3ª década de vida e é mais comum no sexo feminino. É uma doença potencialmente fatal caso não seja diagnosticada e tratada atempadamente.
Caso clínico: Mulher de 30 anos, autónoma, com antecedentes de Espondilite Anquilosante, medicada com sulfassalazina 1000mg qd e indometacina 75mg qd; sem história de doenças heredofamiliares. Foi levada ao serviço de urgência por prostração, confusão e episódios transitórios de amnésia, com 2 dias de evolução e agravamento progressivo, relatados pelo marido. Referia ainda astenia com 3 semanas de evolução, náuseas e vómitos alimentares na semana anterior que a fizeram recorrer ao Centro de Saúde onde realizou teste de gravidez, com resultado negativo.
À admissão encontrava-se obnubilada, a cumprir ordens simples com dificuldade; hemodinâmicamente estável e apirética com equimoses e petéquias nos membros inferiores; o estudo analítico revelou anemia normocítica e normocrómica com Hb 6.8g/dL; hematócrito 19.5%, leucocitose de 12.64 x10^3/uL, trombocitopenia com 4mil plaquetas, esfregaço de sangue periférico com esquizócitos; reticulocitose, VS 94 mm/1ªh, agravamento da função renal com creatinina 0.9mg/dL para basal de 0.48mg/dL, bilirrubina total 3mg/dL e haptoglobina 0mg/dL, DHL 1690U/L, teste de coombs negativo e INR normal. O TC de crânio não apresentava alterações. Foi levantada a suspeita clínica de PTT, e calculado o score PLASMIC com 6 pontos, a apoiar o diagnóstico.
Foi admitida no serviço de Medicina Intensiva e iniciou terapêutica com plasmaferese, metilprednisolona 1g *qd* e rituximab 375mg/m^2. Apesar da necessidade inicial de propofol para controlar a agitação a doente melhorou da disfunção neurológica após a 1º sessão de plasmaferese. Cinco dias após a admissão ficaram disponíveis os resultados da atividade de ADAMTS-13, que era nula (0%), e os valores elevados do anticorpo anti-ADAMTS-13 (54U/ml para N < 15U/ml) a confirmar a suspeita inicial.
A doente permaneceu internada 13 dias e apresentou melhoria clínica e analítica progressivas, tendo cumprido um total de 6 sessões de plasmaferese. Teve alta referenciada para Hospital-Dia medicada com prednisolona 1mg/kg qd e rituximab semanal. Quatro meses após a alta, encontra-se assintomática; com hemograma sem alterações, atividade de ADAMTS-13 de 60% e em desmame de prednisolona.
Conclusão: este caso relembra uma entidade clínica rara com que nos podemos deparar no serviço de urgência e que impõe uma suspeita clínica e atuação céleres de forma a impedir um desfecho fatal.

PA 91

SÍNDROME DE AUSTRIAN: PNEUMOCOCOS À SOLTA

André Pina Monteiro; Gonçalo Guerreiro; Luís Coelho; Pedro Póvoa
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: *S. pneumoniae* é uma bactéria Gram-positiva, comumente colonizante do tracto respiratório de indivíduos saudáveis. No entanto, em pessoas susceptíveis, pode levar ao desenvolvimento de doença, estando descritos mais de 96 manifestações associadas, incluindo uma rara mas catastrófica com elevada taxa de mortalidade - a síndrome de Austrian - caracterizada pela tríade de Osler: endocardite, pneumonia e meningite.
Caso clínico: Mulher, 84 anos, múltiplos antecedentes, a destacar: esplenectomia no contexto de púrpura trombocitopénica imune, diabetes mellitus tipo 2, artrite reumatóide medicada com corticoterapia e metotrexato e

prótese do joelho. Avaliada em consulta de ortopedia e encaminhada para o Serviço de Urgência (SU) por clínica sugestiva de artrite séptica do joelho. Durante a permanência no SU, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, tendo sido admitido choque séptico. Foi submetida a artrotomia e desbridamento, sendo internada no Serviço de Medicina Intensiva no pós-operatório, sedoanalgesiada e ventilada. Iniciou empiricamente Vancomicina e Ceftriaxona, após colheita de hemoculturas, que demonstraram crescimento dos cocos gram positivos no 1º dia (posterior isolamento de *S. pneumoniae*), e urina com antigenúria reativa para pneumococos. A avaliação ecocardiográfica demonstrou vegetações a nível da válvula mitral com destruição parcial do folheto posterior, compatível com endocardite. Após levante da sedação, observados défices neurológicos focais de novo: hemiparésia esquerda, desvio conjugado do olhar e afasia grave, com TC-CE a evidenciar múltiplas lesões isquémicas recentes, compatíveis com embolização séptica. Por evolução com agravamento neurológico marcado, realizou-se punção lombar ao 3ºdia, com evidência de polimorfonucleares e pesquisa de antigénio para *S. pneumoniae* positivo, assumindo-se meningite pneumocócia. Novo agravamento clínico ao 4ºdia, com insuficiência respiratória de novo, radiologicamente com hipotransparência de todo o campo pulmonar direito, assumindo-se pneumonia pneumocócica. Perante o quadro descrito, considera-se síndrome de Austrian associado a artrite séptica. Compatível com a gravidade associada a esta síndrome, a doente evoluiu desfavoravelmente, acabando por falecer ao sétimo dia, apesar de terapêutica antibiótica dirigida.

Conclusão: Com o relato deste caso, pretende-se demonstrar a necessidade do diagnóstico precoce da doença pneumocócica invasiva, principalmente em doentes com fatores de risco, bem como a implementação de terapêutica antibiótica o mais precocemente possível. Reforça-se a importância de uma avaliação cardíaca urgente nestes doentes, visto que, apesar da terapêutica médica otimizada, a evolução é geralmente rápida e muito agressiva, com necessidade de intervenção cirúrgica pela elevada probabilidade de desenvolvimento de complicações locais e sistémicas.

PA 92

UMA CONFUSÃO MIOCÁRDICA

Ana Cláudia Caseiro Antunes; Catarina Domingues; Vera Frazão Vieira; Adélia Miragaia
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma entidade cuja complexidade não se extingue na abordagem terapêutica. O diagnóstico diferencial é vasto, requer uma actuação célere com impacto no prognóstico do doente. O choque caracteriza-se pela deficiente disponibilidade de oxigénio nos tecidos. A má perfusão cerebral pode manifestar-se por agitação, confusão, delírio ou coma. Sintomas estes também encontrados no AVC.

Caso clínico: Feminino, 86 anos, medicada com ansiolítico, encontrada caída na via pública com discurso confuso com activação de via verde AVC pelo centro de orientação de doentes urgentes. À chegada à sala de emergência tinha via aérea permeável com SpO2 98%, hipotensa 84/54 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm, pulsos femorais simétricos, pouco amplos, tempo de preenchimento capilar de 3 segundos com pele húmida e fria, agitada, abertura ocular à voz, resposta verbal confusa e a localizar a dor (ECG 12) glicémia capilar 230 mg/dL, pupilas isocóricas e isoreactivas, normotérmica. Défices neurológicos imensuráveis pelo estado de consciência descrito. Solicitada colaboração da cardiologia com realização de protocolo de ultrassonografia FOCUS (focused cardiac ultrasound) que revelou ventrículo direito (VD) colapsado, presença de imagem ecogénica junto da parede livre do VD de cerca de 20 mm de largura, derrame pericárdico de cerca de 10 mm, sem insuficiência aórtica e aparente boa função sistólica global. Foi realizada ressuscitação volémica com melhoria do perfil tensional (105/58 mmHg) e resolução do quadro neurológico, que possibilitou informação adicional de pré-cordialgia intensa (9 na escala de dor), 8 dias antes, com duração de cerca de 24 horas, com irradiação bilateral aos membros superiores. Analiticamente salienta-se leucocitose 15.1/mm3

(84 % neutrófilos), D-Dímeros 6683 ng/mL, Lactato desidrogenase 451 U/L, Troponina de alta sensibilidade 5860 ng/L, gasimetricamente com hiperlactacidémia 2.4 mmol/L. Electrocardiograficamente ritmo sinusal, R>S de V1 a V3 com infra-ST associado. Foi solicitada Angiotomografia Computorizada torácica, abdominal e pélvica que excluiu tromboembolismo pulmonar e dissecção aórtica. Verificada deterioração clínica com paragem cardio-respiratória, realizada ultrassonografia com objectivação de aumento do derrame pericárdico com tamponamento cardíaco.
Realizada pericardiocentese de emergência com saída de 10 cc de líquido hemático não coagulável, contudo, sem restabelecimento de circulação espontânea.
Conclusão: Apesar da actual disponibilidade de informação salienta-se um provável quadro de enfarte agudo do miocárdio sem recurso ao serviço de urgência, o que denota a importância do ensino e treino da população na detecção destes síndromes particularmente após a pandemia vivenciada. Destaca-se ainda a um quadro de choque obstrutivo com apresentação como via verde AVC pela disfunção neurológica.

PA 93

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: O "GRANDE IMITADOR" COMO EXCEPÇÃO À REGRA

Maria José Pires; Joana Martinho; Leila Duarte; Mariana Alves; Mariana Simões; Ana Coelho Gomes; Filipa Tavares; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A triagem e estratificação dos doentes no Serviço de Urgência (SU) é realizada com base no sistema de Triagem de Manchester, sendo o tempo de instalação das queixas um dos critérios usados na priorização dos mesmos. A prioridade verde corresponde aos doentes poucos urgentes e que devem ser preferencialmente observados nos Cuidados de Saúde Primários.
Caso clínico: Doente do sexo masculino de 31 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e doença do refluxo gastroesofágico. Recorreu ao SU por quadro com 3 meses de evolução de epigastralgia, sensação de enfartamento, naúseas com vómitos alimentares e múltiplas dejeções diarreicas diárias, tosse seca, cansaço para esforços progressivamente menores e anorexia, com perda de 20Kg. Por este motivo havia realizado endoscopia digestiva alta, que revelou estase gástrica abundante. Tendo em conta o tempo de evolução da sintomatologia, foi-lhe atribuida a prioridade verde aquando da admissão no SU.
No exame objetivo encontrava-se normotenso, mas taquicárdico e taquipneico, com edema de ambos os membros inferiores Godet +++ e sem alteraçóes do exame abdominal.
A gasimetria de sangue arterial em ar ambiente apresentava alcalose respiratória e hiperlactacidémia (pH 7,406, pCO_2 24,8mmHg, pO_2 77,6mmHg, SaO_2 95,7%, HCO_3 18,5mmol/L, lactatos 25mmol/L). Da avaliação laboratorial destacava-se trombocitopenia (plaquetas 104000/µL), prologamento do INR (2,66), consumo de fibrinogénio (154mg/dL) e elevação dos D-dímeros (28,88µg/mL), AST (62U/L), bilirrubina total (3,2mg/dL), LDH (418U/L), troponina T (55ng/L) e NT pró-BNP (7570pg/mL).
Realizou TC tóraco-abdómino-pélvica, que revelou: defeitos de repleção nos segmentos distais de ambas as artérias pulmonares principais, com extensão a vários ramos arteriais pulmonares lobares, segmentares, subsegmentares e distais bilateralmente, compatíveis com tromboembolismo pulmonar (TEP) significativo; tronco comum da artéria pulmonar de calibre aumentado (33mm); cardiomegália, com alguns volumosos defeitos de repleção/trombos intracardíacos em ambos os ventrículos, o maior de 3,5cm no ventrículo esquerdo; refluxo de sangue constrastado da aurícula direita para a veia cava inferior e para as veias supra-hepáticas, por provável disfunção cardíaca direita; ligeiro derrame pericárdico.
Iniciou oxigénio por óculos nasais a 2L/min e anticoagulação com heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica e foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos para Doentes Coronários.
Conclusão: A apresentação clínica atípica do caso apresentado reforça, por um lado, o papel do TEP como o “grande imitador” da Medicina, sendo a

abordagem holística do doente essencial para a sua suspeição e diagnóstico.
Por outro lado, realça as limitações da triagem de Manchester, nomeadamente do tempo de evolução das queixas, na estratificação do risco dos doentes.

PA 94

CRISES MIÁLGICAS RECORRENTES

Ana Rodrigues; Daniela Antunes; Ana Domingues; Bruno Cabreiro; Carolina Fernandes; Tiago Pais; Claudia Diogo; Anton Vasin; Maria Jesus Banza
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Anemia falciforme é uma doença hereditária caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, mais prevalente em indivíduos da raça negra.
A anemia falciforme pode se manifestar de forma diferente em cada indivíduo. A apresentação clínica é variada e com graus de gravidade também diferentes. O sintoma mais comum são crises álgicas provocadas pela obstrução de pequenos vasos sanguíneos pelos glóbulos vermelhos em forma de foice. Geralmente são associadas ao tempo frio, infecções, período pré-menstrual, problemas emocionais, gravidez ou desidratação.
Os autores apresentam o caso de um homem, 22 anos, sexo masculino, raça negra, com antecedentes de anemia falciforme, recorre ao serviço de urgência por dor lombar intensa à esquerda de início súbito, sem disúria, Murphy renal negativo bilateralmente, sem história de trauma. Doente refere que tem queixas de mialgias recorrentemente que associa a situações em que pratica exercício físico mais intenso. Dos exames complementares de diagnóstico há a salientar a ecografia abdominal que refere a existência de esplenomegalia. Sem outros achados relevantes nos restantes exames.
Após uma melhor exploração dos antecedentes pessoais familiares do doente, chegou-se à conclusão que se tratava de um doente com crise álgica em contexto de anemia falciforme provocada pela desidratação decorrente do exercício fisico intenso.
Doente fez controlo álgico e hidratação no serviço de urgência. Foi feito ensino ao doente dos cuidados a ter e foi posteriormente encaminhado para consulta de hematologia no hospital de referência para seguimento.
Este caso permite-nos concluir que em contexto de urgência é fundamental a colheita de uma história clínica o mais completa possível para que se chegue ao diagnóstico correto e se possa intervir de uma forma rápida e atempada na resolução das situações agudas optimizando desta forma toda a intervenção médica em contexto de urgência.

PA 95

NÃO MATA MAS MOYA

Ana Cláudia Caseiro Antunes; Vera Frazão Vieira; Adélia Miragaia
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A doença de Moyamoya é rara e caracteriza-se por achados angiográficos específicos de estenose ou oclusão unilateral ou bilateral das artérias periféricas ao polígono de Willis, com circulação arterial colateral proeminente.
Apresenta distibuição bimodal com um pico aos cerca de 10 anos e outro aos 40. A apresentação clínica mais comum é o acidente vascular cerebral (AVC). Contudo, neste caso o tratamento agudo é principalmente sintomático, focado no controlo da pressão intracraniana e melhoria do fluxo cerebral.
Caso clínico: Masculino, 60 anos, sem antecedentes de relevo, com quadro de parésia facial central e hemiparésia esquerdas, com 4 horas de evolução. Objectivamente pressão arterial 160/90 mmHg, normocárdico, glicemia 111 mg/dL, escala coma Glasgow 15, sem défice de linguagem, NIHSS 4. Analiticamente e electrocardiograficamente sem alterações relevantes. Realizou Angiotomografia Computorizada craneoencefalica (angio TC-CE) sem alterações, contudo, com aparente hipoplasia da carótida interna esquerda. O doente foi internado com dupla antiagregação, realizou angio TC-CE de reavaliação que objetivou "enfarte isquémico frontal pré e pós-central recente sem transformação hemorrágica". O ecoDoppler dos vasos do pescoço revelou "artéria carótida interna direita com redução progressiva do seu calibre e fluxo, sem fluxo significativo após emergência da oftálmica. O fluxo na circulação anterior direita é

assegurado por circulação colateral contralateral e vasodilatação de artérias piais." Foi colocada a hipótese de doença de Moyamoya e solicitada angiografia cervico-cerebral seletivada à artéria carótida direita que confirmou “estenose oclusiva após emergência da artéria oftálmica, com pequenos sinusóides dilatados a jusante compatíveis com padrão de Moyamoya”. A ressonância magnética confirmou “lesão isquémica aguda cortico-subcortical peri-rolândica direita. Estenose da artéria carótida interna direita em todo o seu comprimento sendo particularmente grave no segmento supraclinoideu (progressiva).” O doente cumpriu programa de reabilitação motora com resolução parcial dos défices, autonomia na marcha e controlo dos factores de risco cérebro-vasculares.

Conclusão: A abordagem da doença de Moyamoya pela sua peculiaridade não passa pela fibrinólise nem trombectomia, alertando-nos o caso clínico que, apesar dos défices neurológicos relevantes, existem entidades que motivam uma via verde AVC sem aquelas intervenções (pelo risco hemorrágico associado à circulação colateral). Aspeto este que pode justificar a apresentação clínica tardia aos 60 anos.

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO

PO 01

A PROPÓSITO DE UM CASO DE COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA.

Mafalda Sequeira; Francisca Abecasis; Catarina Pestana Santos; Daniela Cruz
Hospital Garcia de Orta, EPE

A coagulação intravascular disseminada (CID) é uma síndrome causada pela ativação generalizada da coagulação com consequente deposição sistémica de fibrina. Há consumo dos fatores de coagulação e plaquetas o que gera hiperfibrinólise e hemorragia, concomitantemente. A CID ocorre em 25% das vítimas de trauma.
Sexo masculino, 83 anos, autónomo. Antecedentes pessoais conhecidos de aneurisma da aorta abdominal, bypass femoropopliteo direito, hipertensão arterial, doença hepática crónica em estudo e status pós hemorragia digestiva alta causada por múltiplas ulceras pépticas gástricas e duodenais com internamento recente. Foi admitido no SU após queda com traumatismo crânio-encefálico (TCE), do qual resultou hemorragia subaracnoídea e discreta lâmina hemática subdural. Objetivamente saline-ta-se doente em Glasgow 14, polipneico e hipoxémico com necessidade de aporte de O2 suplementar, múltiplas equimoses nomeadamen-te orbitária e nos membros superiores e inferiores e hematoma extenso na região toraco-abdomino-lombar. Em termos gasimétricos salienta-se como positivo hipoxemia e hipocápnia o que, associado ao quadro de polipneia e desconhecimento da causa da queda, motivou realização de Angio-TAC torácica para exclusão de tromboembolismo pulmonar. Analiticamente salienta-se anemia macrocitica, trombocitopenia, INR aumentado, fibrinogéno diminuído e D-dimeros elevados. Assumiu-se quadro de CID pós TCE e o doente realizou terapêutica com plasma fresco congelado, fibrinogénio e plaquetas com parca resposta. O doente evoluiu desfavoravelmente, acabando por falecer ao 4º dia de internamento.
Os autores salientam este caso por se tratar de um quadro clinico que ameaça a vida e que deve ser diagnosticada e tratada o mais precocemente possível. Salientam ainda a importância do diagnostico ser clinico e o tratamento ser complexo.

PO 02

UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA

Maria Manuel Costa; Joana Rodrigues
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

No final do ano de 2019, na China, o novo Coronavirus foi responsável por causar Pneumonias víricas muito graves. Rapidamente se propagou pelo mundo inteiro causado uma pandemia global gravíssima. As vacinas para prevenir a infecção são consideradas a abordagem mais promissora numa tentativa de controlar a pandemia. Contudo, e como qualquer acto médico, não são isentas de complicações, sendo as mais comuns reações inflamatórias no local da vacina ou reações sistémicas com febre ou fadiga.
Apresenta-se caso de doente de 79 anos, autónoma e cognitivamente integra, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência com quadro de sinais inflamatórios no punho esquerdo e tornozelo direito, sem outras queixas na revisão de órgãos e sistemas, com toma de vacina Covid-19 cerca de 5 dias antes. Ao exame físico confirmaram-se sinais inflamatórios nos referidos locais, sem outras alterações. Do estudo realizado com aumento dos marcadores de fase aguda.
Internada para controlo da dor e estudo etiológico. Durante o internamento manteve-se sem queixas de novo. Do estudo realizado de salientar rastreio séptico negativo, pesquisa de vírus negativo, pesquisa de zoonoses negativos, estudo auto-imune com ANA positivos, estudo liquido sinovial negativo e não compatível com crise de gota. Assim, assumiu-se como diagnóstico provável de reacção inflamatória à vacina Covid, tendo realizado terapia com corticóide com resolução das queixa articulares e normalização dos marcadores de fase aguda. Revista doente em consulta externa, e já sob esquema de desmame de corticóide, mantendo-se sem queixas álgicas e

sem alterações analíticas nomeadamente ANA normal.
Com este caso pretende-se salientar que a vacina contra a Covid-19 ainda é recente e há muito que não se sabe. Pretende ainda alertar para o facto de que todos os actos médicos têm as suas consequências.

PO 03

CIRURGIA POR INGESTÃO INTENCIONAL DE CORPO ESTRANHO

Alexandra Maria Santos Soares; Jorge Bruno Pereira; Róman Márquez de la Peña
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A ingestão acidental de corpos estranhos é mais frequente na população pediátrica. Pode incluir uma variedade de objectos, mais ou menos traumáticos, acarretando um aumento do risco de complicações, nomeadamente perfuração ou obstrução. Já a ingestão intencional é mais frequentemente observada na população adulta residente em prisões ou com patologia psiquiátrica. Na maioria dos casos o tratamento consiste na vigilância aguardando a expulsão do corpo estranho, em segurança, do trato digestivo. Se o objecto é rádio-opaco, a progressão é avaliada por radiografia. O uso de laxantes é contra-indicado. A presença de dor abdominal, defesa, febre ou leucocitose é indicação para laparotomia de urgência.
Caso clínico: Descreve-se o caso de um homem de 36 anos, recluso e ex-toxicodependente em tratamento com metadona, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal após ingestão de dois invólucros de plástico contendo pó branco. Ao exame objectivo o abdómen encontrava-se plano, doloroso à palpação epigástrica. O doente foi submetido a laparotomia exploradora de urgência com gastrotomia e extração dos corpos estranhos. O internamento decorreu sem intercorrências tendo alta ao 4º dia pós-operatório clinicamente bem.
Conclusão: A ingestão de corpos estranhos, embora frequente, raramente tem indicação cirúrgica, podendo ser tratada conservadoramente ou por intervenção endoscópica. Este caso teve indicação cirúrgica pela contra-indicação para remoção endoscópica pelo risco de rotura dos invólucros durante a manipulação. Não foi contemplado o tratamento conservador pela presença das queixas abdominais à entrada no Serviço de Urgência.

PO 04

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA ASSOCIADO A INFEÇÃO POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA

Eulália Antunes; Catarina Silva Araújo; Inês Monteiro Araújo; Ana Luís Vasconcelos; Inês Manuel Gonçalves; Sandra i. Correia; Margarida Monteiro
Hospital de Braga

A alteração do estado de consciência é um sinal de alerta. Este pode ser secundário a doenças agudas do sistema nervoso central, a distúrbios metabólicos ou distúrbios da ventilação.
Sexo masculino, 64 anos, autónomo, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica grave e abuso crónico de álcool. Recorreu ao Serviço de urgência (SU) com alteração do estado de consciência de novo, apenas reativo a estímulos vigorosos e sem resposta verbal. Destacava-se ainda frequência respiratória aumentada e murmúrio vesicular globalmente diminuído com roncos à esquerda. Realizada de imediato gasimetria arterial que revelou insuficiência respiratória global com acidemia respiratória (pH 7.271; pCO2 93.1 mmHg; pO2 56.3 mmHg). Analiticamente a destacar aumento dos parâmetros inflamatórios, sem outras alterações de relevo. A tomografia computadorizada (TC) de crânio não revelou alterações de relevo. Após instituição de ventilação mecânica não invasiva o doente recuperou parcialmente estado de consciência, referindo cefaleias, mialgias e agravamento progressivo da dispneia com 7 dias de evolução. A TC de tórax revelou extensa zona de consolidação no lobo inferior esquerdo. Ficou internado no serviço de Medicina Interna tendo-se mantido, durante os primeiros dias de internamento, agressivo e confuso. Colheu pesquisa de vírus respiratórios e antigenúrias que foram positivas para Legionella. O doente negou viagens recentes, exposições de risco ou medicação imunossupressora. Iniciou Levofloxacina, Oxazepam, Tiamina e Tiaprida, com melhoria clínica e analítica, e

normalização progressiva do comportamento, sendo este interpretado no contexto de infeção aguda por Legionella e síndrome de abstinência alcoólica.
A doença dos legionários é causada pela bactéria *Legionella pneumophila* e é responsável por cerca de 1 a 10% dos casos de Pneumonia adquirida na comunidade, apresentando-se, na maioria dos casos, como doença severa, podendo cursar com quadros de confusão mental, normalmente associados a hiponatrémia ou hipoxémia grave. Os autores relatam este caso clínico de pneumonia por *Legionella*, caricata pelas alterações do comportamento subjacentes e por se tratar de um doente sem contexto epidemiológico.

PO 05

A RESPOSTA ESTÁ MAIS ABAIXO

Bárbara Batista; Tiago Tribolet de Abreu
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Os exames de diagnóstico devem complementar a anamnese e exame objectivo e responder a questões colocadas por estes. Mesmo assim, o seu resultado pode, por vezes, fornecer respostas a questões não colocadas previamente, se aprofundarmos a nossa análise.
Caso clínico: Um homem de 87 anos recorreu ao SU por um quadro com 21 dias de febre, tosse com expectoração, prostração, anorexia e um episódio devómito. O doente tinha cumprido curso de antimicrobianos com levofloxacina e amoxicilina-ácido clavulânico, com melhoria inicial, mas agravamento subsequente.
Foi realizada radiografia torácica que não objectivou alterações pulmonares valorizáveis. No entanto, era evidente a presença de megacólon na parte inferior do exame (imagem 1). O estudo subsequente com gastrografina, sem progressão (imagem 2), a positividade da pesquisa da toxina de Clostridium nas fezes e o aspecto macroscópico da mucosa cólica em colonoscopia, com pseudomembranas, permitiu o diagnóstico de colite pseudomembranosa.
Discussão: A complementaridade dos exames auxiliares de diagnóstico não nos deve impedir da sua análise aprofundada. Neste caso, a resposta estava mesmo mais abaixo.

PO 06

NAS ENTRELINHAS DO DOENTE ANSIOSO: UM CASO DE AVC SUBAGUDO

Maria do Pilar Burillo Simões de Baião Figueiredo
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: As patologias do espectro da ansiedade e depressão têm elevada expressão no nosso país (6% e 9%, respetivamente, de acordo com a última avaliação disponível). Entre as suas manifestações, a somatização de sintomas é das mais desafiantes por agravar duplamente a dificuldade diagnóstica: por um lado pode protelar o tratamento da psicopatologia de base, se se tratar de uma apresentação inaugural. Por outro, pode mascarar quadros agudos de causa médica, em doentes com psicopatologia estabelecida. A literatura existente debruça-se em particular sobre a patologia neurológica, no seio da qual o Acidente Vascular Cerebral (AVC) se destaca pela morbilidade e mortalidade às quais está associada.
Caso cínico: Apresenta-se o caso de uma senhora de 80 anos com múltiplos fatores de risco cardiovascular e antecedentes pessoais de Síndrome Depressivo-Ansioso. Recorre ao Serviço de Urgência porque "não está bem" e “se sente muito triste”. Fornece um relato desorganizado e com débito elevado do qual se apura quadro inespecífico de cansaço e com um mês de evolução. Coexiste deterioração das capacidades cognitivas com repercussão na atividade diária, com alteração da memória recente. Não é possível realizar uma avaliação neurológica completa já que muitas das provas são interrompidas pela própria doente. A prova de braços estendidos era normal mas ocorria ligeiro desvio do tronco para a esquerda. A prova de Mingazzini apresentava queda marginal da perna homolateral, a qual claudicava durante a marcha. Foi incapaz de cumprir a ordem escrita “feche os olhos” durante o Mini Mental State Examination. porque apenas via a palavra “olhos”. Na campimetria por comparação, demonstrou hemianopsia homónima contralateral. O estudo complementar com TC Cranioencefálica, documentou lesão isquémica subaguda no território da artéria cerebral média direita a favorecer o diagnóstico de AVC subagudo

tendo a doente sido proposta para internamento para vigilância e estudo etiológico.
Conclusões: Apesar da dificuldade diagnóstica acrescida nestes casos, a confiança por parte do doente de que as suas preocupações vão ser ouvidas e endereçadas pode melhorar a gestão de uma eventual agudização dos sintomas e facilitar a destrinça entre os mesmos e as queixas com potencial justificação orgânica. A melhoria contínua das capacidades comunicativas do médico também se enquadra neste esforço.

PO 07

UMA DOR ABDOMINAL SUSPEITA - LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Daniela Casanova; Ana Correia de sá; Ana Luís Ferreira; Clarisse Neves; Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: A dor abdominal é um sintoma muito inespecífico que na maioria dos casos tem uma etiologia benigna, mas pode representar uma doença aguda severa, cujo tratamento poderá ser urgente. Uma história clínica e exame físico cuidados permitem orientar o que pode ser tratado apenas sintomaticamente do que deverá necessitar de mais estudo. Neste caso clínico iremos apresentar um exemplo onde a dor abdominal tinha como etiologia uma neoplasia agressiva e cuja deteção e tratamento precoces são fundamentais para o bom outcome do doente.
Caso clínico: Mulher de 69 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, encaminhada da consulta de Medicina Interna por suspeita de doença linfoproliferativa. Com clínica de anorexia, perda ponderal de 5% e dor abdominal no hipocôndrio esquerdo, intensa e constante, com cerca 1 mês de evolução, sem melhoria após tratamento com analgesia e anti-espasmódicos. Realizou TC abdomino-pélvico que descrevia a presença de uma massa retroperitoneal de limites imprecisos envolvendo o baço, grande curvatura gástrica e cauda do pâncreas (imagens 1-4). Pelo que ficou internada para progressão de estudo etiológico. Realizou aspirado medular, cuja imunofenotipagem da medula óssea mostrou predomínio de população de B monoclonal. Submetida a biópsia aspirativa de massa, da qual o estudo histológico e imunocitoquímico revelou estarmos na presença de um linfoma difuso de grandes células B. Doente foi orientada para Hemato-oncologia e iniciou ciclo de quimioterapia emergente.
Conclusão: O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo histológico mais comum dos linfomas não-Hodgkin, representando cerca de 25% dos casos. A sua apresentação mais comum é com o aparecimento de uma massa de crescimento rápido, mais comum no pescoço ou abdómen, associada à presença de sintomas sistémicos B. A maioria dos doentes (~60%) apresentam-se numa fase avançada da doença com envolvimento de medula óssea associado. Neste caso, em concreto, pretendemos mostrar que a dor abdominal, apesar de maioritariamente benigna, poderá representar casos de doença grave que exigem o diagnóstico atempado. Para além disso pretendemos mostrar a agressividade desta neoplasia, que em apenas 1 mês tem um crescimento exponencial, como se pode observar pelas imagens do TC abdomino-pélvico.

PO 08

UMA CAUSA RARA DE UMA PATOLOGIA FREQUENTE

Joana Isabel Neto Coelho
USF 7 Castelos (ACES Loures Odivelas)

A diarreia afeta cerca de 550 milhões de pessoas anualmente, sendo o Campylobacter uma das principais causas (1). Esta causa normalmente diarreia aguda, sendo o C. jejuni responsável por 80% a 90% dos casos e C. coli, por 10% a 20% (2). Os principais fatores de risco são infecção pelo HIV, sexo masculino, idade, consumo de frango malcozido, exposição a animais e viagens ao exterior (3). Os sintomas iniciais são dor abdominal em cólica e diarreia profusa e por vezes hemorrágica, podendo ocorrer um pródromo de febre e mal-estar, que dura 1 a 2 dias antes do início da diarreia. A diarreia dura em média de 7 dias, podendo os Campylobacters ser excretados nas fezes durante semanas após a recuperação clínica.
Utente do sexo masculino, 71 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, doença cardíaca isquémica (status pós-enfarte há 1 ano), doença pulmonar obstrutiva crónica e

dislipidemia. Recorreu à consulta aberta da unidade de saúde por episódios frequentes de diarreia há cerca de 2 meses, associados a flatulência, último episódio há 1 semana. Negava febre, náuseas e vómitos. Desconhece contacto com covid positivo. Ao exame objetivo, ruídos hidroaéreos mantidos, timpanismo ligeiro e dor à palpação abdominal no flanco direito, sem dor à descompressão. Foi medicado com simeticone e terapia de reposição eletrolítica e agendada reavaliação por consulta telefónica em 1 mês. Em contacto telefónico posterior constata-se manutenção da diarreia e dor abdominal esporádicas e no último episódio notou sangue e pús nas fezes. Medicado com azitromicina e pedida coprocultura 1 semana após terminar o antibiótico. Na coprocultura foi identificada candida albicans e campylobacter coli e foi preenchido o SINAVE. Foi medicado com amoxicilina e ácido clavulânico (de acordo com o TSA) e fluconazol.

A diarreia é uma queixa muito comum que motiva a procura dos serviços de saúde. Na maioria dos casos é auto-limitada. Este caso realça a importância de uma investigação mais pormenorzada nas diarreias crónicas, principalmente quando associadas a outros sinais, como a presença de sangues nas fezes. Nesses casos, é importante ser pedida uma coprocultura com TSA, para ser realizada antibioterapia dirigida, a qual está indicada nos casos de febre alta, infeção sistémica com bacteremia persistente, diarreia hemorrágica, persistência dos sintomas mais de uma semana ou imunossupressão.

PO 09

HÉRNIA DE BOCHDALEK

Daniela Casanova; Ana Luís Ferreira; Ana Correia de sá; David Paiva; Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: As hérnias pleuroperitoneais são o tipo de hérnia diafragmática congénita mais comum, ocorrendo por um defeito no pilar posterior do diafragma. Como consequência, as estruturas retroperitoneais podem sofrer prolapso e migrar para a região torácica. Habitualmente este defeito é pequeno e como tal não provocam sinais ou sintomas evidentes, sendo realizado o diagnóstico aquando da realização de exames de rotina.

Caso clínico: Homem de 92 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2 e síndrome demencial, foi admitido no serviço de urgência com clínica de dispneia, febre e toracalgia com 3 dias de evolução, associadamente referia ainda episódios de vómitos. Objetivamente apresentava-se polipneico e hipotenso, com necessidade de oxigenoterapia suplementar e na auscultação pulmonar apresentava ausência de sons à direita. Realizou uma radiografia torácica (imagem 1) que mostrava uma área radiolucente no hemitórax à direita com presença de nível hidroaéreo. Realizou TC tórax (imagem 2) que demonstrou uma hérnia diafragmática com um segmento de cólon no seu interior com sinais de oclusão da porção herniada, compatível com uma extensa hérnia de Bochdalek. Doente foi submetido a laparotomia urgente no entanto acabou por ter uma evolução desfavorável.

Conclusão: Este é um diagnóstico raramente feito nos adultos, dado que defeitos diafragmáticos desta magnitude tendem a ser sintomáticos ainda na infância. Frequentemente estes casos são confundidos com um pneumotórax de tensão, podendo levar ao atraso/erro no tratamento com agravamento do prognóstico. Neste caso a imagiologia rápida e tão caraterística foi eficaz na diferenciação dos vários diagnósticos diferenciais, dada a existência de uma sobreposição entre a clínica respiratória e abdominal.

PO 10

SÍNDROME DA CAUDA EQUINA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nídia Alexandra Pinheiro de Oliveira; Bárbara Quental; Ricardo Veiga; Joana Lemos; Ana Lemos
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A síndrome da cauda equina (SCE) consiste numa compressão das raízes nervosas lombares, sagradas e coccígeas distais. Pode ter, ou não, origem traumática e não existe predilecção de género ou faixa etária. Tem uma incidência de 1:33.000 a 1:100.000 habitantes e os sinais clínicos característicos são dor lombar intensa associada a anestesia em sela,

incontinência de esfíncteres e fraqueza de membros inferiores. Trata-se de uma urgência ortopédica e neurocirúrgica, sendo que a descompressão cirúrgica, se feita o mais rapidamente possível, reduz os danos neurológicos e melhora o prognóstico.

Caso clínico: Homem, de 72 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia e arritmia cardíaca não especificada. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por lombalgia de início após realização de esforço físico intenso (lenhador) com cerca de 3 semanas de evolução associado a parestesias de ambos os membros inferiores, que o impediam de ter noção espacial na marcha. Referia incontinência urinária e fecal com 6 horas de evolução. Negava febre. Sem outra sintomatologia.

Ao exame objetivo apresentava-se consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Calmo e colaborante. Eupneico em ar ambiente. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. No exame neurológico com força muscular nos membros inferiores (MI) grau 4 bilateralmente. Sensibilidade mantida e simétrica. Reflexos osteoatendinosos presentes, sendo o aquiliano diminuído bilateralmente. Sinal Babinski negativo. Marcha não testada.

Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TC lombar onde é descrito " na região L4-L5 observa-se opacificação da gordura epidural intra-raquidiana pré tecal, com efeito de massa descendente no recesso do canal anterior esquerdo, compatível com extrusão discal alargada ou extrusão discal volumosa postero-lateral esquerda. Admite-se assim, compressão caudal grave circunferencial e compressão descendente no nervo L5 esquerdo, presumivelmente agudas".

Após avaliação por equipa multidisciplinar foi admitido o diagnóstico de Síndrome da cauda equina de origem compressiva. Realizou ainda ressonância magnética (RMN) onde é descrito "Canal vertebral estenótico agravado em L4-L5 por volumosa hérnia discal a ocupar quase todo o canal vertebral." Foi submetido a descompressão cirúrgica emergente. Em D2 pós-operatório o doente recuperou continência, com noção de franca melhoria na capacidade de marcha em relação á entrada, apesar de manter parestesias dos MI, motivo pelo qual foi avaliado medicina física e reabilitação (MFR) e iniciou fisioterapia.

Conclusões: A SCE sendo uma entidade rara, e tratando-se de uma emergência cirúrgica, é fundamental que o médico no SU esteja apto para identificar os sinais e sintomas sugestivos desta entidade, uma vez que um atraso no seu reconhecimento e/ou tratamento pode levar a progressão das lesões e consequentemente a danos neurológicos irreversíveis.

PO 11

SINAL DE CHILAIDITI – A CAMUFLAGEM DE UMA EMERGÊNCIA CIRURGICA

Nídia Oliveira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O sinal de Chilaiditi consiste numa entidade rara de sobreposição de cólon ou intestino delgado no espaço hapatodiafragmático. A sua incidência varia de 0.1-0.25% em radiografias de tórax e 2.4% em tomografias computorizadas e é mais comum em homens (4:1). É um achado imagiológico que habitualmente não cursa com sintomas, mas quando estes estão associados, geralmente dispepsia, obstipação, dor abdominal ou obstrução intestinal secundária a volvo intestinal, passa a designar-se por síndrome de Chilaiditi.

Caso clínico: Homem de 63 anos, com antecedentes pessoais de etilismo crónico e Hepatite B crónica. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal com 3 semanas de evolução, no flano direito, tipo moedeira, sem irradiação, sem fatores de alívio ou agravamento, associada a distensão e aumento do perímetro abdominal. Referia episódios de hematoquézias, icterícia intermitente, colúria e prurido generalizado. Negava febre, náuseas, vómitos ou anorexia. Sem outras queixas.

Ao exame objetivo apresentava-se consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Calmo e colaborante. Sinais vitais estáveis. Apirético. Pele e mucosas coradas e ictéricas. Rarefação pilosa generalizada. Eupneico em ar ambiente. Na auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Diminuição

das vibrações vocais na base direita. Abdómen globoso, com circulação colateral, com macicez á percussão e sinal de onda ascítica positivo. Hepatomegalia com bordo superior do fígado até 6º espaço intercostal. Edema dos membros inferiores até á raiz das coxas bilateralmente, com sinal de godet +++/+++.
Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 12.1g/dl), plaquetas 71.0 x10^9/L, albumina 2.4g/dl, Bilirrubina total 4.7mg/dl, Bilirrubina direta 2.0mg/dl, ferro 45.4ug/dl, ferritina 516.0 ng/mL, capacidade fixação ferro 176.0 ug/dl, ácido fólico 9.7ng/mL, vitamina B12 949.0pg/mL. Na radiografia do tórax com interposição hepatodiafragmática de uma ansa intestinal (sinal de Chilaiditi). Na ecografia abdominal descrevem abundante ascite, fígado de contornos irregulares e ecoestrutura heterogénea, num padrão sugestivo de hepatopatia crónica. No ecodopler abdominal descrita veia porta permeável com inversão do fluxo (hepatófugo), em relação com hipertensão portal.
Ainda no serviço de urgência foi realizada paracentese diagnóstica, com saída de líquido ascítico citrino. Admitido em internamento para estudo de ascite com critérios de hipertensão portal. Cumpriu terapêutica diurética com significativa melhoria sintomática.
Conclusões: Mesmo tratando-se de condições benignas (sinal/ síndrome de Chilaiditi), com raras indicações cirúrgicas, é fundamental o seu diagnóstico diferencial com outras entidades clinicas, nomeadamente pneumoperitoneu ou abcesso subfrénico, pela implicação de emergência operatória que representa o diagnóstico.

PO 12

MIELOMA MÚLTIPLO: A IMPORTÂNCIA DA IMAGEM E DA BIOPSIA ÓSSEA

Dianadias; Ana Mafalda Silva
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O diagnostico de mieloma múltiplo (MM) requer critérios anatomopatológicos da biopsia de medula óssea ou óssea e pelo menos um "sintoma CRAB". O presente caso destaca a importância da biopsia óssea no diagnostico de MM.

Caso clínico: Reporta-se o caso de uma mulher de 67 anos sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por artralgia mecânica da coxofemoral direita com evolução de 4 semanas. A tomografia computorizada revelou duas volumosas lesões osteolíticas com componente de tecidos moles, uma delas na articulação sacro ilíaca-direita e a outra na asa sagrada esquerda. Analiticamente apresentava discreta anemia normocítica normocrómica, função renal e iões normais. A doente foi internada para estudo das lesões, assumindo uma provável etiologia neoplásica secundária. Realizada biopsia óssea que descrevia lesão proliferativa neoplásica plasmocitária de células imaturas sugestiva de plasmocitoma solitário ósseo ou MM com imunoexpressão positiva para cadeias lambda e restrição de cadeias kappa. A eletroforese proteínas sérica não apresentava alterações mas a eletroforese urinária de 24 horas revelou um pico monoclonal da fração gama e proteinúria tubular de sobrecarga. A imuno-eletroforese das proteínas urinárias de 24 horas identificou gamapatia monoclonal por cadeias leves livres Kappa. O medulograma revelou apenas 1.4% plasmócitos. A doente evoluiu com retenções urinarias de repetição, obstipação e paresia do membro inferior direito compatível com síndrome cauda equina confirmada por ressonância magnética. Iniciou tratamento sistémico urgente (bortezomib + ciclofosfamida + dexametasona) com excelente resposta clínica.
Conclusão: O presente caso destaca a importância do diagnóstico diferencial mediante lesões líticas de novo. Uma etiologia paraneoplasica não deve ser assumida, procurando causas potencialmente tratáveis por vezes com necessidade de biopsia óssea e/ou medulograma. Destaca-se também a importância de considerar os riscos de quadros neurológicos compressivos por lesões osseas.

PO 13

INTOXICAÇÃO GRAVE POR GLIFOSATO: O RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Ribeiro Alves; João Fonseca; Rosa Jorge; João Diogo Faustino; Jéssica Krowicki; Inês Pinheiro; Cláudia Oliveira; João Faia; Valter Duarte
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O glifosato é um herbicida não seletivo comercializado em várias formulações, associado a diferentes componentes fazendo com que a sua toxicidade nos humanos seja dependente da sua constituição original. A ingestão acidental é normalmente associada apenas a sintomas gastrointestinais ligeiros e transitórios. No entanto, existe uma relação diretamente proporcional entre a quantidade ingerida e os efeitos adversos. Em dose mais elevadas, está associado a efeitos corrosivos gastrointestinais, lesão renal aguda a condicionar acidose metabólica e hipercalemia, bradicardia, arritmias ventriculares e dificuldade respiratória.
Caso clínico: Mulher de 73 anos, sem antecedentes conhecidos, admitida inconsciente no Serviço de Urgência (escala de coma de Glasgow 9) após ingestão de substância não identificada, usada na agricultura.
Apresentava síndrome de dificuldade respiratória (com secreções espumosas presentes na via aérea, saturação de oxigénio 88% e broncospasmo exuberante na auscultação); sinais de choque com hipotensão, sinais de má perfusão periférica e bradicardia sinusal (frequência cardíaca de 40 bpm). Na gasometria inicial destacava-se acidemia metabólica e hipercalemia (pH 7,25 e K+ 9.6, HCO3-10.9 mmol/L e lactatos 10.9 mmol/L).
Abordou-se, inicialmente, como intoxicação a organofosforados, com administração de atropina e obidoxima, carvão ativado por sonda nasogástrica e fluidoterapia. No contexto da hipercalemia, fez gluconato de cálcio, salbutamol inalado e insulina endovenosa com glicose.
Apesar da normalização do potássio sérico e alcançada a estabilidade hemodinâmica, manteve dificuldade respiratória crescente com necessidade de entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Uma vez obtida a embalagem da substância ingerida foi possível determinar que a doente tinha ingerido cerca de 700 mL de glifosato. O doseamento de colinesterases plasmáticas confirmou-se normal (14 004 U/L).
Esta foi admitida na unidade de cuidados intensivos onde apresentou uma rápida melhoria tendo alta ao final de 3 dias, encaminhada para avaliação pela Psiquiatria.
Conclusão: O glifosato é considerado uma substância mais segura do que os organofosforados, porém quando ingerida em elevadas quantidades associa-se a complicações potencialmente fatais, nomeadamente acidose metabólica grave, hipercalemia e disfunção respiratória. Na ausência de antídoto, a abordagem da intoxicação grave por glifosato baseia-se na vigilância apertada e terapêutica de suporte agressiva.

PO 14

ÚLCERAS DE CAMERON: CAUSA ATÍPICA DE CHOQUE HEMORRÁGICO

Daniela Ribeiro Alves; João Fonseca; Rosa Jorge; João Diogo Faustino; Valter Duarte; Inês Pinheiro; Jéssica Krowicki; Cláudia Oliveira; João Faia
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma entidade frequente por todo o mundo com uma incidência estimada de 40-150 casos por 100 000 habitantes. Na maioria dos casos a causa é não-varicosa. Destas, as mais comuns são as úlceras pépticas (28-59%). Dentro deste grupo, evidencia-se um tipo de úlceras raro: Úlceras de Cameron. Estas representam erosões gástricas frequentemente associadas a hérnia do hiato (HH). Esta entidade parece ser mais prevalente em mulheres idosas, e estar associada ao uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE). Apesar de frequentemente assintomática, pode apresentar-se no contexto de urgência como causa de HDA grave.
Caso clínico: Mulher de 68 anos apresentou-se no Serviço de Urgência com história de síncopes repetidas durante 24 horas, associada a vómitos sanguinolentos e sudorese. Apresentava concomitantemente melenas com 15 dias de evolução. Por dor crónica no membro inferior, a doente

automedicava-se de forma consistente com naproxeno 500 mg há vários dias.
À admissão apresentava-se obnubilada, pálida, hipotensa e com sinais de má perfusão periférica. Iniciou ressuscitação volémica através da administração de 5 unidades de concentrado eritrocitário e 2 unidades de plasma fresco congelado, com estabilização hemodinâmica, sem necessidade de vasopressores. Do estudo analítico inicial destacava-se uma anemia grave (hemoglobina 2,7 g/dL) e hiperlactacidemia (lactatos 7 mmol/L). Resultados normais dos tempos de coagulação e número de plaquetas. Iniciou perfusão endovenosa de pantoprazol e realizou endoscopia digestiva alta de urgência que mostrou uma volumosa HH e úlceras de Cameron com foco de hematina. Foi internada para vigilância dos valores de hemoglobina, que se mantiveram estáveis. Ainda durante o internamento, foi administrada carboximaltose férrica, sem outras intercorrências e sem necessidade transfusional adicional.
Conclusões: Na HDA grave associada à HH volumosa, a presença de úlceras de Cameron deve ser considerada. Caso não haja uma elevada suspeita, estas podem passar despercebidas, uma vez que o seu diagnóstico endoscópico pode ser desafiante. O tratamento médico é geralmente eficaz, mas em situações refratárias pode ser considerada a correcção cirúrgica da HH.
O uso de AINE em doentes com HH deve ser desincentivado, pois parece ser um factor independente para hemorragia grave.

PO 15

HIPERCALCEMIA SEVERA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Freitas Ribeiro; Cátia Gorgulho; Daniela Brito; Ana Matos; Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A alteração súbita do estado de consciência constitui um dos critérios de ativação das equipas de reanimação intra-hospitalar e pode ter na sua origem múltiplas causas. Apesar de mais comummente estar associado a situações de trauma e doenças do sistema nervoso central, pode ser provocado por alterações metabólicas graves e/ou súbitas, estando o prognóstico dependente da sua correção.
Caso clínico: Homem, 56 anos, independente, antecedentes de cirrose hepática alcoólica, doença pulmonar obstrutiva crónica, dislipidemia e síndrome depressivo, medicado com Pantoprazol, Sertralina, Amissulprida, Trazodona, Oxazepam, Espironolactona, Furosemida, Lactulo-se e Brometo de aclidínio. Recorreu à urgência por obstipação com cerca de 5 dias de evolução. À observação inicial consciente [Escala Coma Glasgow (ECG): 15 pontos], normotenso e normocardico, salientando-se dor à palpação profunda do abdómen. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda (Clearance creatinina 55 mL/min). Tomografia computorizada abdominal (TC) sem evidência de alterações agudas, tendo sido admitida possível infeção com ponto de partida abdominal e iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone. Ao fim de 48 horas de internamento observada evolução desfavorável com coma de início súbito (ECG: 8 pontos), taquicardia, sudorese e tremor fino generalizado. Análises a revelar hipercalcemia grave 18,6 mg/dL (corrigido para albumina). Eletrocardiograma com encurtamento do segmento ST, supraST em aVR e infraST em DII e de V2 a V6. Prontamente iniciada fluidoterapia intensiva e admitido em Unidade de Cuidados Intensivos para diálise venovenosa contínua. Posteriormente realizada TC de coluna vertebral com identificação de múltiplas lesões líticas, assumindo-se hipercalcemia associada a malignidade. Apesar das medidas terapêuticas instituídas o doente acabaria por falecer no mesmo dia.
Conclusões: A hipercalcemia pode afetar diversos sistemas de órgãos e a sintomatologia varia conforme o valor e a instalação da mesma. As situações de maior gravidade ou rapidez de instalação estão associadas a neoplasias, podendo excecionalmente ser a primeira apresentação da doença. A hipercalcemia severa, embora raramente, pode associar-se a arritmia cardíaca, coma e morte. O caso vem chamar a atenção para as manifestações clínicas mais graves de uma patologia relativamente comum.

PO 16

DO DESCONTROLO GLICÉMICO À GANGERNA DE FOURNIER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Antony Dionísio; Maria Leonor Lopes; Cristina Carvalho Gouveia; Andreia Machado; Cristiana Camacho
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A gangrena de Fournier é uma infeção necrotizante com ponto de partida na região perineal ou genital, relativamente rara. A diabetes Mellitus (DM) é reconhecida como fator predisponente em 32 a 66% dos casos, uma vez que a presença de hiperglicémia sustentada por longos períodos de tempo tem efeitos deletérios na imunidade do hospedeiro.
Caso clínico: Homem, 55 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e claudicação intermitente, recorre ao serviço de urgência por febre, dor e tumefação escrotal com 4 dias de evolução. Referia ainda poliúria, polidipsia, astenia e perda ponderal de 20kg (85 para 65 kg). Por glicemia de 360mg/dl foi diagnosticada DM inaugural e pedido apoio da Medicina interna. Da observação a destacar, polipneia e crepitações à palpação da região inguinal esquerda até à região axilar esquerda. Analiticamente com 18 400 leucócitos, 17 400 neutrófilos e proteína C reativa de 27,9mg/dl. Realizou radiografia de tórax (imagem 1) com evidência de enfisema subcutâneo na parede lateral esquerda do abdómen e metade inferior do hemitórax esquerdo. Para melhor caracterização realizou Tomografia computorizada toraco-abdomino-pelvica (imagem 2 e 3) observando-se abcesso perineal e da parede abdominal, que se estendia do hipocôndrio esquerdo até à raiz da coxa esquerda dando origem a enfisema subcutâneo no tórax (17x4cm de maiores eixos no plano axial). Assumida gangrena de Fournier, iniciou piperacilina-tazobactam e foi submetido a drenagem cirúrgica urgente, evoluindo para choque séptico no pós-operatório com necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos. Evoluiu favoravelmente com estabilização clínica e melhoria analítica (leucócitos 9 500 sem neutrofilia e PCR de 2,38mg/dl) após 7 dias de antibioterapia. Isolado em exsudato intraoperatório *Actinotigmum chaali* e *Anaerococcus vaginalis* com sensibilidade a penicilina.
Discussão: Ilustramos um caso de gangrena de Fournier grave, com achados semiológicos e imagiológicos exuberantes. A divulgação do caso pretende alertar para a importância da semiologia no diagnóstico de doenças potencialmente fatais e alertar para os achados imagiológicos. Adicionalmente, enfatiza o papel prejudicial do descontrolo metabólico de doentes diabéticos no surgimento de infeções com maior gravidade.

PO 17

UM CASO ATÍPICO DE PROPTOSE

Cláudia Rodrigues Alves; Joana Vieira Jardim; Catarina Teles Neto; Luísa Wandschneider
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A proptose ocular é uma protrusão anormal do globo ocular. A causa mais frequente em adultos, unilateral ou bilateral, é a oftalmopatia de Graves. No entanto, lesões primárias da órbita e, mais raramente, doenças extra-orbitárias que comprometem a órbita por contiguidade também podem ser causas de proptose.
Caso clínico: Homem, 67 anos, com antecedentes pessoais patológicos de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, recorreu ao serviço de urgência por quadro de visão turva e hiperemia conjuntival à esquerda, com cerca de 3 meses de evolução. Ao exame objectivo apresentava proptose, hiperemia e edema conjuntival, dor à palpação e midríase fixa do olho esquerdo, sem outras alterações ao exame neurológico sumário. Realizou tomografia computorizada do crânio e das órbitas com contraste que revelou meningioma em placa (infiltrativo) da grande asa do esfenóide à esquerda, condicionando proptose do globo ocular, desvio interno do músculo reto externo e compressão do nervo óptico homolateral. Em regime de internamento, foi realizada ressonância magnética nuclear, que confirmou o diagnóstico, tendo sido posteriormente encaminhado para neurocirurgia.
Conclusões: Os meningiomas são os tumores cerebrais primários mais frequentes. Em 75% dos casos são diagnosticados de forma acidental, uma vez que são maioritariamente assintomáticos,

contudo podem causar morbilidade ou mortalidade importante, dependendo da locali-zação da massa. Os meningiomas da asa do esfenóide em placa são muito raros, representan-do apenas 2-9% de todos os meningiomas, tendo como apresentação clássica proptose, alteração da visão e paresia ocular. O tratamento passa por cirurgia e/ou radioterapia, porém, neste tipo de meningioma, a remoção completa do mesmo é difícil e condiciona alto risco de morbilidade pós-cirúrgica. Este caso alerta para a necessidade de considerar etiologias mais raras no diagnóstico diferencial de uma proptose unilateral.

PO 18

LINFADENOPATIA: UMA ETIOLOGIA RARA

Cristina Carvalho Gouveia[1]; Margarida Morais[2]; Tiago Marques[2]; Luís Campos[1]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A linfadenopatia é um motivo comum de ida ao Serviço de Urgência. A sua etiologia é variada e inclui infeção, autoimunidade, neoplasia, iatrogenia e causas raras, sendo o diagnóstico essencial na abordagem dos doentes.
Caso clínico: Mulher de 21 anos. Quadro com um mês de evolução de linfadenopatia cervical, astenia, anorexia, náuseas e febre.
Analiticamente, leucopenia (2.41 x 10^9/L), neutropenia (1.39 x 10^9/L) e elevação da proteína C reativa (2.9mg/dL) e velocidade de sedimentação (89mm). As seguintes serologias foram negativas: toxoplasmose, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, vírus da hepatite B, C e da imunodeficiência humana. O perfil de autoimunidade estava normal, bem como o mielograma e biópsia óssea. A tomografia computorizada cervical e tóraco-abdómino-pélvica revelou adenopatias cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais bilaterais, algumas das quais com necrose, bem como hepatomegalia e esplenomegalia. A biópsia de um gânglio cervical foi compatível com doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF). A doente iniciou corticoterapia, com melhoria sintomática e normalização analítica.
Conclusões: A DKF (ou linfadenite necrotizante) é uma doença rara, geralmente benigna e autolimitada, que afeta principalmente mulheres jovens e cuja causa é desconhecida. Carateriza-se por linfadenopatia, geralmente cervical, associada a febre e, ocasionalmente, a sintomas constitucionais, embora possam surgir outras manifestações, como náuseas, artralgias, *rash* maculopapular, hepatomegalia e esplenomegalia.
Analiticamente, pode existir leucopenia, agranulocitose e elevação de parâmetros inflamatórios. O diagnóstico é histopatológico e o tratamento é sintomático. Contudo, em casos de sintomatologia persistente, como o descrito, a corticoterapia está indicada. Este caso é um exemplo da realização de marcha diagnóstica exaustiva no diagnóstico diferencial de linfadenopatia, realçando a DKF como integrante do mesmo.

PO 19

UM ACHADO INOFENSIVO... OU SERÁ QUE NÃO?

Ana Sofia Silva; Neuza Machado; Rute Lopes Caçola
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Homem de 82 anos, reformado de serralheiro mecânico, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica e patologia da coluna. Fumador durante 48 anos, carga tabágica de 96 unidades maço-ano. Apresentou-se no serviço de urgência por quadro de dor, rubor e calor dos membros inferiores, com exsudação marcada. Sem outros sintomas. Analiticamente com elevação da proteína C reativa. Realizou radiografia torácica, identificando-se hipotransparência no terço médio do campo pulmonar esquerdo, de bordos arredondados, limites bem definidos e grandes dimensões (80mm de maior eixo), achados não presentes em exames prévios até 2013. Internado no Serviço de Medicina Interna onde realizou TC torácico, que descreve massa hilar esquerda no lobo superior esquerdo, com 80x71mm, apresentando íntimo contacto e sem plano de clivagem com a pleura e com o brônquio esquerdo, bem como com a artéria pulmonar esquerda e estruturas vasculares lobares superiores. Associadamente, múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares esquerdas. À data de alta, encaminhado para consulta externa de Pneumologia para continuação do estudo etiológico e orientação terapêutica.

PO 20

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM DOENTES COM TRAUMA MAXILOFACIAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Serejo Portugal; Juliana Mortágua; Sofia Narciso; Luís França; Nuno Catorze
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A abordagem da via aérea (VA) é o primeiro passo no protocolo de abordagem de doente com trauma maxilofacial uma vez que pode condicionar a sobrevivência do doente e apresenta-se como um verdadeiro desafio. A entubação orotraqueal (EOT) mantém-se como o método principal para assegurar via aérea emergente. Neste trabalho reportamos o caso de uma doente baleada com revólver no mento, com compromisso da via aérea.

Caso clínico: Doente de 73 anos, sexo feminino, com antecedentes relevantes de fibroma ossificante do maxilar à esquerda, submetida a maxilectomia esquerda. Trazida pela VMER ao serviço de urgência após ter sido baleada no mento com revólver. À admissão na sala de emergência (SE) encontrava-se vígil, colaborante, GCS15, normotensa e bradicárdica, boas spO2, com porta de entrada inframentoniana e porta de saída na base do pescoço à direita.

Na SE realizou fluidoterapia, ácido tranexâmico e morfina. Analiticamente sem alterações relevantes. Realizou TC CE e pescoço que mostrava "enfisema com expressão submandibular à direita, com extensão cervical, bem como edema adjacente condicionando desvio das estruturas da linha média, eixo carotídeo íntegro, sem traços de fratura recentes na calote, na base do crânio, peças cervicais ou envolvendo estruturas maxilofaciais. Sinais de maxilectomia esquerda".

A doente foi inicialmente abordada pela Cirurgia Geral, mas por estridor foi contactado o Serviço de Medicina Intensiva. Assim, por edema da VA com estridor, condicionando VA difícil, optou-se por EOT com tubo orotraqueal 6.5 aramado, colocado a 23 cm à comissura labial sob visualização direta por broncofibroscopia. Iniciou sedação com midazolam e fentanil. Foi também medicada com corticoterapia e antibioterapia. Após 8 dias de EOT verificou-se uma melhoria progressiva do edema da VA e estruturas adjacentes que permitiu extubação.

Conclusão: Vítimas de lesões por armas de fogo na face apresentam-se como desafios importantes no que diz respeito à abordagem da VA devido a perda significativa de tecidos e, por vezes, presença de hemorragia ativa. A necessidade de controlo da VA de forma emergente nestes doentes varia entre 17 e os 35% em alguns estudos. Alguns autores recomendam entubação eletiva mesmo se o doente está estável numa fase inicial, de forma a prevenir comprometimento tardio da VA, especialmente em doentes com lesão mandibular, hemorragia ou edema oral e lesões secundárias de tiro a curta distância. No caso apresentado, inicialmente a VA estava patente, mas em alguns minutos verificou-se agravamento do quadro com compromisso da mesma. Identificação de compromisso de VA é chave na abordagem de qualquer doente emergente. Em conclusão, ferimento por arma de fogo é uma situação crítica, potencialmente fatal, que requer ressuscitação e abordagem emergente. Atraso em permeabilizar a via aérea pode aumentar a mortalidade e morbilidade de doentes graves.

PO 21

ATINGIMENTO SISTÉMICO NA PNEUMONIA POR LEGIONELLA

Bernardo Silvério; Isabel Freitas; Patrícia Rocha; João Cardoso; Inês Albuquerque; Núria Fonseca; Isabel Vinhas; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

A Doença dos Legionários é uma forma grave de pneumonia bacteriana atípica causada por *Legionella pneumophila*. Manifesta-se com sintomas tão diversos como cefaleia, mialgias, febre, dispneia.

A infeção do hospedeiro ocorre pela inalação de gotículas de água contendo a bactéria em locais com águas estagnadas, por exemplo, torres de refrigeração. A propagação pessoa a pessoa praticamente não se verifica. Os idosos, fumadores e doentes diabéticos ou imunodeprimidos são mais suscetíveis à infeção.

A Doença dos Legionários pode ser fatal se não tratada de forma adequada. É a pneumonia causada por um agente atípico que mais vezes leva ao internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino de 83 anos, autónomo. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão essencial, dislipidemia, fibrilação auricular, prótese aórtica biológica, bronquiectasias e doença renal crónica (DRC). Trazido ao serviço de urgência por dispneia e astenia. Ao exame objetivo apresentava-se com as mucosas ictéricas, dispneico, com acessos de tosse produtiva. Apresentava insuficiência respiratória do tipo 1. Analiticamente com leucocitose e proteína C reativa de 26 mg/mL, agudização de DRC e padrão colestático. Na radiografia de tórax identificada hipotransparência na base direita. Realizou uma tomografia computorizada (TC) que revelou "extensa área de consolidação parenquimatosa com broncograma aéreo que abrange o lobo inferior direito". Verificou-se antigenuria de Legionella positiva.
O doente iniciou tratamento antibiótico dirigido com Azitromicina, sendo posteriormente internado para continuidade de cuidados.
Este caso serve para relembrar o atingimento sistémico que surge na infeção por Legionella, nomeadamente a elevação de transaminases e aumento de bilirrubina.

PO 22

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

Bernardo Silvério; Pedro Rodrigues; Patrícia Rocha; Inês Albuquerque; Cecília Soares; Inês Vilaça; Isabel Vinhas; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite sistémica que afeta sobretudo artérias de médio e grande calibre do pescoço e cabeça, sendo mais comummente afetada a artéria temporal. E?? a vasculite primaria mais comum em adultos. Afeta sobretudo pessoas com mais de 50 anos. Manifesta-se geralmente com cefaleia, claudicação da mandibula e perda de acuidade visual.
A coexistência de polimialgia reumática, que cursa com dor da cinturas escapular e pélvica, é comum, sendo que 5-15% destes doentes irá ter diagnóstico de ACG.
Existem casos descritos de acidente vascular cerebral (AVC) em doentes com diagnostico de ACG, afetando sobretudo o território da artéria vertebrobasilar.
Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino com 73 anos, dependente. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão essencial, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade. Transferida do serviço de urgência do Centro Hospitalar de São João por AVC isquémico em território da artéria cerebral posterior e artéria cerebelosa posterior esquerdas, com clinica de disartria, afasia mista e hemiparesia direita, para continuidade de cuidados.
Por apresentar queixas de hipovisão de novo a` direita e cefaleias intensas de novo, e observando-se endurecimento e aumento de calibre das artérias temporais bilateralmente foi colocada a hipótese de ACG.
Do estudo realizado a realçar anticorpos anti-nucleares positivos, velocidade de sedimentação de 48 mm e anemia normocitica normocromica (hemoglobina de 8,6 g/dl). A biopsia da artéria temporal confirmou ACG.
Realizou pulsos de metilprednisolona 15mg/kg 3 dias. A doente não recuperou a acuidade visual apesar de terapêutica instituída.
Este caso relembra a importância de considerar a ACG no diagnostico diferencial de cefaleia persistente de novo no doente idoso. As complicações visuais podem ser prevenidas com diagnóstico e tratamento precoces. É necessário ter um elevado grau de suspeição para detetar esta patologia uma vez que se manifesta com sintomas inespecíficos.

PO 23

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON

Bernardo Silvério; João Cardoso; Pedro Rodrigues; Inês Albuquerque; Núria Fonseca; Isabel Vinhas; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Mulher de 45 anos com antecedentes de Esclerose Múltipla (forma secundária progressiva com

atingimento severo cognitivo e motor) e Infeção a SARS-CoV2 em Março 2020.
Internada por pneumonia complicada com empiema a condicionar insuficiência respiratória do tipo 1.
Medicada inicialmente com Piperacilina/Tazobactam e posteriormente adicionada Clindamicina.
Quando cumpria o 20º dia de Piperacilina/Tazobactam e 4º dia de Clindamicina desenvolveu um rash exuberante sobretudo na região dorsal, que desaparecia à digito-pressão. Posteriormente com extensão à parte anterior do tronco, membros e face.
O caso foi discutido com Dermatologia que sugeriu tratar-se de um caso de Síndrome de Stevens-Johnson secundário à antibioterapia.
A doente iniciou tratamento com Prednisolona na dose de 1mg/kg/dia e observou-se uma evolução favorável.

PO 24

LINFOMA - UMA CAUSA DE IDA À URGÊNCIA

Carolina Nunes Coelho; Guilherme Sanches de Miranda; Iuliana Cusnir; Ana Garrido Gomes; Bruna Nascimento; Joana Vieira Jardim; Claudia Rodrigues Alves; Diana Vital
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: As queixas respiratórias são um dos principais motivos de ida ao Serviço de Urgência (SU). Em situação pandémica de vírus SARS-COV-2 é fundamental não desvalorizar outras causas além das infecciosas. As doenças linfoproliferativas podem ter apresentações clínicas agudas, com necessidade de abordagem inicial em contexto de urgência.
Caso clínico: Doente de 36 anos, sexo feminino, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. Recorreu ao SU por quadro de tosse não produtiva, dispneia e edema da face com cerca de 5 dias de evolução. Foi triada para SU-ADR. À observação encontrava-se vigil, consciente e orientada, apirética, hemodinamicamente estável, eupneica com saturações periféricas de 98% em ar ambiente. Auscultação cardiopulmonar sem alterações descritas.
Analiticamente a destacar LDH 589 U/L e D-dímeros 1006 ng/mL. Radiografia do tórax demonstrava derrame pleural esquerdo, alargamento do mediastino, sem aparentes infiltrados parenquimatosos. Para continuação do estudo etiológico foi feito TC com contraste que revelou: "uma massa algo heterogénea, ocupando o mediastino antero-superior e condicionando apagamento dos contornos vasculares supra-aórticas, da crossa, veia cava superior e troncos venosos braquiocefálicos" que se admitiu corresponder a "conglomerado adenopático com compressão da traqueia" (…). Descrito ainda: "Derrame pleural bilateral mais acentuado à esquerda" e "(...) veia cava superior adelgaçada observando-se proeminência da veia ázigos, aspectos sugerindo síndrome da veia cava superior" sem outras alterações a registar. A Pesquisa PCR de SARS-COV-2 revelou-se negativo, ficando a doente internada por suspeita de Doença linfoproliferativa. Realizou biópsia guiada por TC da massa mediastínica com diagnóstico histológico de Linfoma Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB). A doente apresentou agravamento clínico com insuficiência respiratória e aporte crescente de O2, necessidade de toracocentese evacuadora e transferência para centro de referência. Iniciou quimioterapia dirigida com boa resposta e encontra-se clinicamente estável atualmente.
Conclusão: A doença linfoproliferativa é um dos diagnósticos diferenciais em doentes com queixas respiratórias que não deve ser esquecido. Os linfomas podem ter apresentações clínicas distintas, incluindo sintomas como tosse ou dispneia. O síndrome de veia cava é uma emergência clínica e a requisição de exame contrastado é crucial para o seu diagnóstico atempado. Apesar de agressivo, o LNHDGCB tem taxa de cura importante.

PO 25

TOSSE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA ETIOLOGIA RARA

Cristina Carvalho Gouveia; Joana Cabral; Antony Dionísio; Marco Fernandes; Luciana Frade; Hugo Moreira; Sara Machado; Luís Campos
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A tosse é um dos sintomas mais frequentes no Serviço de Urgência. A sua etiologia

é diversificada, pelo que a avaliação e abordagem cuidadosas do doente têm um papel preponderante no seu correto encaminhamento e melhoria da sua qualidade de vida.

Caso clínico: Mulher de 61 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro, com um mês de evolução, de cansaço, tosse seca e surgimento de lesões cutâneas nas mãos. À observação, apresentava pápulas dolorosas nas articulações interfalângicas, compatíveis com pápulas de Gottron. Analiticamente, a destacar proteína C reativa (PCR) 5.5mg/dL, procalcitonina 0.05ng/mL, creatinina quinase (CK) 139 U/L (normal), mioglobina 23µ/L (normal) e aldolase 10.1U/L (normal). Realizou tomografia computorizada (TC) de tórax, que revelou áreas de densificação parenquimatosa em 'vidro despolido' bilateralmente. O estudo autoimune revelou anticorpo anti-MDA5 *(melanoma differentiation antigen 5)* positivo. Dada a ausência de atingimento muscular, foi assumido o diagnóstico de dermatomiosite amiopática (DA). Para estudo de causa paraneoplásica, a doente realizou TC abdómino-pélvica e ecografia mamária, que não tinham alterações. A doente foi medicada com micofenolato de mofetil e prednisolona, com melhoria clínica.

Conclusões: A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória idiopática rara, mais frequente no sexo feminino, que habitualmente se manifesta por fraqueza muscular proximal e alterações cutâneas, sendo as pápulas e sinal de Gottron e o *rash* heliotrópico patognomónicos. A DA é caraterizada pela presença de lesões cutâneas típicas de dermatomiosite, na ausência do envolvimento muscular, constituindo, por isso, um desafio diagnóstico. A DA está associada a doença pulmonar intersticial, o que justifica a sintomatologia da doente e as alterações na TC de tórax e ao desenvolvimento de neoplasia, devendo por sido ser excluída causa paraneoplásica. Relativamente ao perfil de autoimunedade, o anticorpo anti-MDA5 é caraterístico da DA e está associado à presença de doença intersticial pulmonar rapidamente progressiva. O tratamento da DA é baseado na corticoterapia e imunossupressão. Apesar da DA ser uma causa rara de tosse, o seu reconhecimento e tratamento atempados são imprescindíveis à melhoria da qualidade de vida dos doentes. Este caso pretende realçar esta patologia como integrante do diagnóstico diferencial de tosse e realizar uma revisão teórica sobre a mesma.

PO 26

SÍNDROME DE AUSTRIAN: PNEUMOCOCOS À SOLTA

André Pina Monteiro; Gonçalo Guerreiro; Luís Coelho; Pedro Póvoa
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: *S. pneumoniae* é uma bactéria Gram-positiva, comumente colonizante do tracto respiratório de indivíduos saudáveis. No entanto, em pessoas susceptíveis, pode levar ao desenvolvimento de doença, estando descritos mais de 96 manifestações associadas, incluindo uma rara mas catastrófica com elevada taxa de mortalidade - a síndrome de Austrian - caracterizada pela tríade de Osler: endocardite, pneumonia e meningite.

Caso clínico: Mulher, 84 anos, múltiplos antecedentes, a destacar: esplenectomia no contexto de púrpura trombocitopénica imune, diabetes mellitus tipo 2, artrite reumatóide medicada com corticoterapia e metotrexato e prótese do joelho. Avaliada em consulta de ortopedia e encaminhada para o Serviço de Urgência (SU) por clínica sugestiva de artrite séptica do joelho. Durante a permanência no SU, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, tendo sido admitido choque séptico. Foi submetida a artrotomia e desbridamento, sendo internada no Serviço de Medicina Intensiva no pós-operatório, sedoanalgesiada e ventilada. Iniciou empiricamente Vancomicina e Ceftriaxona, após colheita de hemoculturas, que demonstraram crescimento dos cocos gram positivos no 1º dia (posterior isolamento de S. pneumoniae), e urina com antigenúria reativa para pneumococos. A avaliação ecocardiográfica demonstrou vegetações a nível da válvula mitral com destruição parcial do folheto posterior, compatível com endocardite. Após levante da sedação, observados défices neurológicos focais de novo: hemiparésia esquerda, desvio conjugado do olhar e afasia

grave, com TC-CE a evidenciar múltiplas lesões isquémicas recentes, compatíveis com embolização séptica. Por evolução com agravamento neurológico marcado, realizou-se punção lombar ao 3ºdia, com evidência de polimorfonucleares e pesquisa de antigénio para *S. pneumoniae* positivo, assumindo-se meningite pneumocócia. Novo agravamento clínico ao 4ºdia, com insuficiência respiratória de novo, radiologicamente com hipotransparência de todo o campo pulmonar direito, assumindo-se pneumonia pneumocócica. Perante o quadro descrito, considera-se síndrome de Austrian associado a artrite séptica. Compatível com a gravidade associada a esta síndrome, a doente evoluiu desfavoravelmente, acabando por falecer ao sétimo dia, apesar de terapêutica antibiótica dirigida.

Conclusão: Com o relato deste caso, pretende-se demonstrar a necessidade do diagnóstico precoce da doença pneumocócica invasiva, principalmente em doentes com fatores de risco, bem como a implementação de terapêutica antibiótica o mais precocemente possível. Reforça-se a importância de uma avaliação cardíaca urgente nestes doentes, visto que, apesar da terapêutica médica otimizada, a evolução é geralmente rápida e muito agressiva, com necessidade de intervenção cirúrgica pela elevada probabilidade de desenvolvimento de complicações locais e sistémicas.

PO 27

TROMBO VENTRICULAR DIREITO

Maria Margarida Rosado; Cláudia Queirós; Frederico Silva; Nuno Bernardino Vieira; Luísa Arez
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: Os trombos ventriculares direitos são uma entidade rara, mas causadora de elevada morbimortalidade. Podem surgir em duas principais situações: como processo primário das câmaras cardíacas, ou após aprisionamento dentro das câmaras cardíacas de um trombo em circulação, com origem numa veia periférica.

Estima-se que a prevalência de trombos no coração direito na presença de tromboembolismo pulmonar seja de cerca de 3,7%, associando-se a aumento da mortalidade.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 41 anos de idade, caucasiana, com antecedentes pessoais de carcinoma ductal da mama direita, submetida a quimioterapia neoadjuvante e mastectomia há 5 anos, atualmente sob hormonoterapia com Tamoxifeno, recorreu ao Serviço de Urgência por palpitações regulares com um mês de evolução, que passaram a ser acompanhadas de dispneia há uma semana.

Ao exame objetivo, a destacar, taquicardia (frequência cardíaca de 122 bpm), palidez mucocutânea e edema bimaleolar.

O estudo analítico revelou anemia (Hemoglobina 9,5 g/dL), elevação dos D-dímeros (6681 ng/mL) e elevação das transaminases com padrão colestático (AST 81 U/L, ALT 42 U/L, bilirrubina total 3,0 mg/dL, bilirrubina direta 2,7 mg/dL, fosfatase alcalina 404 U/L). O eletrocardiograma demonstrou taquicardia sinusal com padrão S1Q2T3 e inversão das ondas T nas derivações pré-cordiais.

Foi realizada Angio-Tomografia Computorizada toraco-abdomino-pélvica, que demonstrou tromboembolismo pulmonar lobar bilateral, sem envolvimento dos ramos principais da artéria pulmonar, uma imagem sugestiva de trombo no interior do ventrículo direito, hepatomegalia secundária à presença de metástases, sinais de linfangite carcinomatosa pulmonar e adenopatias celíacas necrosadas.

Foi realizado Ecocardiograma transtorácico que confirmou a presença de volumoso trombo ventricular direito, com extensão para a câmara de saída do ventrículo e acinesia distal.

Foi iniciada anticoagulação terapêutica com Enoxaparina e quimioterapia paliativa, sem melhoria, tendo a doente acabado por falecer.

Conclusões: No caso apresentado, o estado pró-coagulante, associado a neoplasia metastizada e terapêutica com Tamoxifeno, levou ao desenvolvimento de trombo ventricular direito e tromboembolismo pulmonar.

Dado a doente não apresentar instabilidade hemodinâmica, não existiu indicação para trombólise. Atualmente, a terapêutica ideal dos trombos ventriculares direitos permanece um dilema, não existindo consenso acerca de qual a mais

correta, sendo recomendada uma abordagem individualizada.

PO 28

SÍNDROME DE BOERHAAVE: UM DIAGNÓSTICO NEM SEMPRE PRESENTE

Inês Albuquerque; Rita Xavier; Bernardo Silvério; Pedro Rodrigues; João Correia Cardoso; Carla Peixoto; Sofia Teixeira; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: Síndrome de Boerhaave é uma entidade rara, potencialmente fatal, que surge após rutura da parede esofágica por aumento da pressão intraesofágica, sendo o vómito o principal desencadeante.
Caso clínico: Homem 74 anos, com antecedentes de etilismo e hipertensão arterial. Admitido no serviço de urgência por alteração do estado de consciência e vómitos. Ao exame objetivo, a salientar febre, flutuação do estado de consciência e agitação psicomotora. Analiticamente a destacar PCR de 40mg/dL. Radiografia do tórax com hipotransparência na base direita. TC-Tórax (TC-T) com imagem sugestiva de empiema. Realizada toracocentese diagnóstica a par com início de antibiótico empírico com Ceftriaxone e Clindamicina. TC-T de reavaliação com pneumo-mediastino adjacente ao hiato esofágico.
Levantada hipótese de perfuração esofágica, confirmada por TC-T com contraste oral.
Conclusão: A rutura pós-emética do esófago é um quadro grave cujo diagnóstico é comumente negligenciado. A presença de vómitos, derrame pleural e mediastinite deve-nos alertar para esta entidade.

PO 29

SÍNDROME DE TAKOTSUBO E LITIASE RENAL

Ana Clara Dinis[1]; Ana Margarida Cabral[2]; Catarina Ruivo[2]; Mariana Carvalho[2]; Fabíola Figueiredo[2]; Hélia Martins[2]; Luís Santos[2]; João Morais
[1]CHMT - H Abrantes; [2]Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A Sindrome de Takotsubo pode apresentar-se como disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo e mimetizar uma síndrome coronária aguda, com clínica de precordialgia ou dispneia, alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica e elevação dos marcadores de necrose miocárdica (MNM).
Caso Clínico: Mulher de 58 anos, com antecedentes de obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor extenuante na região lombar esquerda, com 6 horas de evolução. Referência a disúria e polaquiúria na última semana.
Após observação e realização de exames, admitiu-se cólica renal no contexto de litíase, complicada com pielonefrite aguda. Colheu rastreio micróbiológico e iniciou meropenem empírico. Apesar da analgesia, a doente manteve lombalgia intensa de difícil controlo.
Durante a permanência em SU, iniciou quadro de dor torácica típica de angor. Apresentava analiticamente elevação de MNM (Troponina I de alta sensibilidade de 2906pg/mL), electrocardiograma (ECG) em ritmo sinusal, com ondas T negativas em V2-V6, DI e aVL. Realizado ecocardiograma que revelou ventrículo esquerdo com depressão moderada da função sistólica, hipocinésia marcada do ápex e dos segmentos médio-apicais de todas as paredes e hipercontractilidade dos segmentos basais, sugestivo de padrão de "apical ballooning". A coronariografia excluiu doença coronária epicárdica e a ventriculografia confirmou o padrão de balonização apical típico.
Face ao exposto, assumiu-se a hipótese diagnóstica de Sindrome de Takotsubo, no contexto de dor física intensa (associada à cólica renal), confirmada após total reversibilidade das alterações da cinética segmentar por ecocardiografia realizada posteriormente.
Conclusão: Apesar da apresentação típica sugestiva de síndrome coronária aguda, a Síndrome de Takotsubo é uma condição clínica habitualmente benigna e reversível, normalmente associada a um" trigger" físico ou emocional. O tratamento é essencialmente de suporte, com reversão completa das alterações.

PO 30

TAQUIARRITMIA POR MASSA MEDIASTÍNICA

Raquel Covas; Filipa Rodrigues; Gonçalo Santos; José Miguel Rocha; Eduardo Macedo; Ilídio Brandão; Maria Isabel Apolinário; Ana Rita Marques
Hospital de Braga

Homem, 43 anos, treinador de ténis. Sem antecedentes, sem medicação habitual.
Recorre ao serviço de urgência por palpitações há cerca de 1 semana e tosse irritativa com 3 meses de evolução, recentemente com expetoração seromucosa, associada a cansaço para pequenos esforços e episódios de sudorese noturna, sem noção de febre.
À admissão com bom estado geral, eupneico, taquicardia de cerca 140 bpm. ECG de 12 derivações relevou flutter auricular com resposta ventricular rápida. Assumido flutter auricular de tempo indeterminado, sem indicação para controlo de ritmo, controladas frequências após terapêutica com metoprolol, bisoprolol e diazepam oral. Analiticamente com anemia microcítica e hipocrómica, com ferropenia e défice de ácido fólico, sem outras alterações de relevo.
Radiografia torácica revelou alargamento inespecífico do mediastino à direita. Realizou tomografia computorizada de tórax para melhor caracterização, que evidenciava volumosa massa heterogénea com cerca de 9cm, com invasão do hilo direito, e das câmaras cardíacas (nomeadamente aurícula direita e veia cava superior), com aparente invasão do mediastino anterior. Ecocardiograma transtorácico revelou compressão da aurícula direita por massa volumosa (9x7cm), com contacto com o espaço pericárdico e a aurícula direita, sem plano de clivagem com ligeiro derrame pericárdico sem compromisso hemodinâmico e ecocardiograma transesofágico revelou com compressão / invasão da veia cava Superior (VCS) e veia pulmonar superior direita (VPSD).
Internado para estudo etiológico e vigilância clínica. Realizou biópsia aspirativa de massa mediastínica via transtorácica, que revelou Linfoma de Hodgkin clássico esclerose nodular. Atualmente sob quimioterapia, com evidência de redução da massa, sem novos episódios de taquiarritmia.

O flutter auricular é uma taquiarritmia incomum na população geral, estando maioritariamente relacionada com patologia cardíaca estrutural, no caso do doente, associada à massa mediastínica com invasão do pericárdico e da aurícula direita, que apesar de não causar compromisso hemodinâmico alterou a condução elétrica, criando substrato para fenómenos de macrore-entrada.

PO 31

NEM TUDO É COVID-19

Joana Vieira Jardim; Cláudia Rodrigues Alves; Ana Garrido Gomes; Bruna Nascimento; Carolina Nunes Coelho
Hospital de Santarém

Introdução: A dispneia é um dos principais motivos de ida ao do serviço de urgência (SU), sendo essencial a exclusão de causas ameaçadoras de vida na sua abordagem inicial. Apresenta múltiplos diagnósticos diferenciais, sendo os mais comuns patologias do foro respiratório e cardíaco. Apesar de nos encontrarmos numa pandemia a virus SARS-Cov 2, não nos podemos esquecer de outras patologias que cursam com dispneia como manifestação inicial.
Caso Clínico: Homem, 58 anos de idade, autónomo, com antecedentes de etilismo em abstinência há 3 anos e tabagismo activo (40 UMA). Admitido no Serviço de Urgência dedicado a COVID-19 por quadro de dispneia associada a tosse seca, toracalgia de características pleuríticas, anorexia e perda ponderal não quantificada, com cerca de 3 meses de evolução. À observação apresentava aumento do tempo expiratório com broncoespasmo marcado, sem dificuldade respiratória. Analiticamente anemia normocítica, normocrómica e aumento dos parâmetros inflamatórios e pesquisa de SARS-CoV-2 negativa. Na radiografia do tórax observou-se alargamento do mediastino e na tomografia computorizada com angiografia torácica identificou-se duas opacidades irregulares na periferia do lobo superior direito, inespecíficas. Foi internado para estudo etiológico tendo realizado broncofibroscopia rígida onde se documentou estenose da traqueia terminal e mucosa da traqueia distal e da região proximal dos brônquios principais invadida por tecido neoplásico, com necessidade de

colocação de prótese em Y. Histologicamente identificou-se metaplasia pavimentosa, tendo-se assumido neoplasia maligna do mediastino com invasão traqueal. Realizou tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica para estadiamento, que não revelou lesões secundárias. Apesar das medidas terapêuticas, a evolução foi desfavorvel.

Conclusões: Os tumores do mediastino muitas vezes são diagnosticados através de um achado acidental em exame de imagem. A sintomatologia, se presente, pode variar desde efeito de massa até manifestação sistémica da doença. A marcha diagnóstica deve ser realizada de forma a identificar o tipo de tumor, sendo o prognóstico intimamente relacionado com o tipo histológico.

PO 32

UMA TRAQUEIA COM FUGA

Bárbara Baptista; Ivo Barreiro; Sara Fontaínhas; Susana Travassos Cunha; Sónia Campelo Pereira; Abílio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: Pneumomediastino é uma condição rara caraterizada pela presença de gás extraluminal no mediastino por rutura alveolar para o espaço broncovascular adjacente, por rutura das vias aéreas, de estruturas do pescoço ou estruturas abdominais. Pode ocorrer de forma espontânea ou secundária a trauma, iatrogenia, infeções, bronquiectasias, doença pulmonar intersticial e agudizações de asma ou doença pulmonar obstrutiva crónica. O sintoma mais comum é dor torácica e o sinal mais frequente é enfisema subcutâneo. Pode estar associada dispneia, tosse ou alterações da voz.

Habitualmente, trata-se de uma condição autolimitada cujo tratamento passa por repouso, oxigenoterapia e analgesia. Apresenta baixa taxa de recorrência, estando a morbimortalidade associada à condição subjacente.

Caso Clínico: Homem de 33 anos, com antecedentes de asma e tabagismo, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e acessos de tosse seca com evolução de uma semana e dor torácica, com início súbito 10 horas antes, de intensidade 7/10 (EVA), retroesternal, sem irra-diação ou posição de alívio. Apresentava-se taquicárdico, taquipneico com uso de musculatura acessória, auscultação pulmonar com sibilos dispersos e na gasometria com insuficiência respiratória tipo 1. Após terapêutica broncodilatadora teve discreta melhoria, mantendo necessidade de oxigenoterapia.

A radiografia torácica mostrava reforço roncovascular bilateral e arcos costais retificados. Realizou tomografia computorizada (TC) torácica que identificou alterações enfisematosas do tipo parasseptal no ápice direito, densificação em vidro despolido no segmento basal do lobo inferior direito e sinais de pneumomediastino na região peribrônquica - aspetos sugestivos de rotura da via aérea proximal.

Admitida asma agudizada por infeção das vias respiratórias inferiores e pneumomediastino, iniciou tratamento conservador. Apresentou boa evolução clínica, sem registo de complicações. Realizou TC torácica de controlo após uma semana, que confirmou reabsorção do pneumomediastino.

Conclusões: Os autores pretendem alertar para um diagnóstico raro, a considerar em doentes jovens com fatores predisponentes, que se apresentem com dor torácica. O diagnóstico pode ser feito por radiografia, tendo a TC especial importância pela maior sensibilidade diagnóstica. Geralmente benigno e autolimitado, pode, no entando, complicar com pneumotórax, pneumomediastino maligno ou pneumopericárdio.

PO 33

TRATAMENTO VIH EM DOENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR

Marta F. Costa; Conceição Ventura; Eduardo Rabadão; Saraiva da Cunha
CHUC - HUC

Introdução: O tratamento datuberculose em doentes com co-infecção VIH reveste-se de particularidades importantes.

Caso Clínico: Mulher, 51 anos, com antecedentes de co-infeção VIH/ VHC, com má adesão à terapêutica, recorreu ao SU por perda de visão, dor e olho vermelho à esquerdacom 1 semana de evolução, febre, cefaleia e odinofagia. No SU estava apirética, hemodinamicamente estável, eupneica, com saturação periférica de O2 de 95% em arambiente, sem sinais meníngeos, sem

alterações cutâneas, com auscultação pulmonar e cardíaca normais. Analiticamente apresentava linfopenia (0.710/ x 10 9L), com CD4+ 52.0 mm3 (9.4%) e CD4/CD8 0.16, PCR 8 mg/dL e serologia reativa para HCV, treponema pallidum (IgM positivo, RPR 1:128, TPPA > 1280), HSV 1/2 (IgM e IgG positivos) e CMV (IgG positivo, IgM negativo). Quantiferon negativo. Radiografia do tórax com infiltrado reticulo-nodular bilateral. TC pulmonar de alta resolução apresentava áreas de densificação parenquimatosa em ambos os pulmões, com cavitações de maior expressão a nível dos lobos superiores e segmento apical dos lobos inferiores, achados comparáveis com tuberculose cavitada, com disseminação endo-brônquica. Pesquisa de micobactérias na expetoração positiva com exame microscópico direto positivo (+++). Lavado brônquico-alveolar com cultura de micobactérias positiva; pesquisa de *Pneumocys's jirovecii* negava. Iniciou terapêutica com isoniazida, etambutol, pirazinamida e rifampicina. Após observação oftalmológica, objetivados infiltrados estromais nacórnea, com hipótese de retinopatia citomegálica, pelo que iniciou terapêutica com valganciclovir. Realizada punção lombar com diagnóstico de neurossífilis pelo que inciou terapêutica com ceftriaxone que cumpriu durante 14 dias. Após 8 semanas, iniciada terapêutica antiretrovírica (TAR) com emtricitabina, tenofovir e raltegravir. Ao 53º dia de internamento, teve alta, melhorada.

Conclusão: As reações paradoxais durante o tratamento da tuberculose no contexto de infeção VIH são mais frequentes, essencialmente em doentes que iniciam TAR concomitantemente, situação reconhecida como a síndrome de recuperação imune. Atualmente, recomenda-se que o TAR se inicie às 2 semanas de antituberculosos, se a contagem CD4 for inferiora 50 células/mm3, e entre as 8 e as 12 semanas nos restantes doentes.

PO 34

UM DÉFICE DO CONSUMO

Ana Cláudia Caseiro Antunes; Vera Frazão Vieira; Adélia Miragaia
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Uma das manifestações clínicas possíveis da hipofosfatémia é a convulsão generalizada. Sabe-se ainda que aquela é um efeito secundário raro associado ao uso de cannabis, quer por má absorção entérica, excreção urinária excessiva ou desvio transcelular. Dada a rapidez da correcção deste distúrbio e ocorrer de forma espontânia o mecanismo associado mais provável é o desvio.

Caso clínico: Masculino, 33 anos, hábitos esporádicos de consumo de cannabis (2 a 3 vezes por semana), é trazido ao Serviço de Urgência por convulsão generalizada, com incontinência de esfíncteres e mordedura da língua e um vómito de conteúdo alimentar. Objectivamente hemodinâmicamente estável, apirético, glicemia capilar 169 mg/dL, Escala de Coma de Glasgow 15, língua com discreta laceração no bordo externo esquerdo. Foi solicitada Tomografia Computorizada com angiografia que se revelou sem alterações.

Analiticamente hipofosfatémia e pesquisa de cannabis positiva na urina. Cerca de 8 horas após a admissão do doente foi repetido o doseamento do fosfato que se relevou sem alterações.

Conclusão: Com o crescente uso de cannabis não só de forma recreativa como medicinal torna-se fundamental conhecer os possíveis efeitos secundários associados ao seu uso. O caso clínico salienta ainda a necessidade do conhecimento da fisiopatologia inerente dado impedir a futilidade terapêutica que resultaria da suplementação desnecessária de fosfato.

PO 35

DOR TORÁCICA NO SU: ENTÃO E AS CAUSAS MENOS FREQUENTES?

Manuel Ribeiro[1]; Tiago Mascarenhas[1]; Mariana Guerra[1]; Sérgio Borges[1]; Ana Costa[1]; Rosa Amorim[2]
[1]Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; [2]Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

A dor torácica representa um dos motivos mais frequentes de vinda à urgência. A avaliação da dor

torácica de causa não-traumática é por vezes desafiante, pela panóplia de causas que podem estar subjacentes (isquémia miocárdica, outras causas cardiopulmonares e causas não-cardiopulmonares).

Os autores descrevem o caso de um homem de 77 anos admitido no Serviço de Urgência (SU) por dor torácica e omalgia esquerda. Antecedentes pessoais relevantes: Carcinoma pavimento-celular da glande (submetido a penectomia parcial um ano e meio antes, tendo cumprido radioterapia e quimioterapia adjuvantes). Referia omalgia à esquerda com cinco dias de evolução, com irradiação ao membro superior esquerdo. A dor de características retro-esternais, iniciada 10h antes, era opressiva, inicialmente de carácter intermitente, e posteriormente constante, agravada pelos movimentos respiratórios. Negava palpitações, náuseas ou vómitos, cansaço fácil e dispneia. À avaliação inicial, apresentava-se pálido, hipotenso (pressão arterial 97/63 mmHg), taquicárdico (FC 125 bpm). A auscultação cardio-pulmonar não tinha alterações significativas, excepto taquicardia com tons rítmicos e puros. Dos meios complementares de diagnóstico, destacavam-se 1) marcadores de necrose do miocárdico normais (às 0h e 3h); 2) ECG em ritmo sinusal, com FC 120 bpm, extrassistolia ventricular frequente, sem alterações sugestivas de isquémia aguda; 3) Rx tórax sem alterações pleuroparenquimatosas significativas; 4) TC tórax: "(...) Cardiomegália e derrame pericárdico (...) Derrame pleural bilateral com infiltrado (...) Nódulo no segmento anterior do LSE com contacto pleural anterior (12x10 mm) – metastático? (...)". A dor foi controlada após analgesia com metamizol magnésico 2g ev.

A maioria das doenças pulmonares que cursam com dor torácica (pneumonia, doenças malignas) fazem-no pelo envolvimento da pleura. A pleurisia (ou pleurite) é tipicamente descrita como uma dor aguda, tipo facada, com agravamento com inspiração e tosse. Os autores apresentam um caso de metastização pulmonar de uma neoplasia peniana, pela sua pertinência no diagnóstico diferencial do doente com dor torácica no SU.

PO 36

ERITEMA MULTIFORME APÓS VACINA COVID-19

Daniela Santos Bento; Joana Almeida Calvão; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A COVID-19 Vaccine Janssen foi a 4º vacina a receber aprovação da European Medicines Agency para a imunização ativa da população contra a COVID-19. É uma vacina monovalente constituída por um vetor recombinante, não replicante, de adenovírus humano tipo 26 que codifica a glicoproteína spike do SARS-CoV-2, e possui nos seus excipientes polissorbato 80, uma substância amplamente usada, mas com potencial alergénico e sensibilidade cruzada.

O eritema multiforme (EM) é uma reação inflamatória imunomediada, com atingimento mucocutâneo com lesões em alvo e distribuição acral e simétrica, podendo apresentar úlceras mucosas e sintomas sistémicos (febre, mialgias e artralgias). Em 90% dos casos associa-se a etiologia infeciosa, sendo o herpes vírus simplex (HVS) o agente mais frequente. Recentemente foram relatadas lesões EM-Like em doentes COVID-19 e após vacinação COVID-19.

Homem de 18 anos, com antecedentes de obesidade grau 2. Vacinado com a COVID-19 Vaccine Janssen a 10 de agosto de 2021. Recorreu ao serviço de urgência (SU) 9 dias após a inoculação por febre, dor torácica de características pleuríticas, mialgias, artralgias e exantema não pruriginoso dos membros com 1 dia de evolução. Negava medicação crónica, fármacos ou infeções recentes, alergias ou outras patologias relevantes.

Objetivamente apresentava erupções cutâneas papulares, eritematosas, não pruriginosas, com lesões em "alvo", de atingimento simétrico, preferencialmente dos membros superiores (imagem), sem lesões nas mucosas oral ou genital. Analiticamente com leucocitose de 12030 cel/uL e neutrofilia (8810 cel/uL), PCR 2.30 mg/dL e VS normal; esfregaço de sangue periférico sem alterações. Estudo serológico para sífilis, VIH 1 e 2, HVS, Mycoplasma pneumoniae, citomegalovirus, parvovirus B19, vírus de hepatite B e C, virus respiratórios (entre eles SARS-COV-2) e pesquisa

qualitativa de anticorpos heterófilos negativos. Não foi realizada biopsia cutânea no SU.
Medicado com corticoide tópico, prednisolona e hidroxizina durante 5 dias e reavaliado em consulta, verificando-se resolução completa das lesões e sintomas ao 5º dia de tratamento, sem recidiva após suspensão da terapêutica.
Pela apresentação típica, marcha diagnostica negativa e relação temporal com a inoculação, assumiu-se um caso de EM secundário à vacina e, como reação adversa, foi efetuada a notificação ao INFARMED.
Até 22 julho de 2021 foram reportadas 41403 reações adversas após a COVID-19 Vaccine Janssen, verificando-se apenas 3 casos de EM (0.01%). Para vacinas de mRNA a incidência de EM é superior. É colocada a hipótese da vacina ou dos seus componentes funcionarem como trigger, provocado uma reação de hipersensibilidade tipo III ou tipo IV dando origem ao EM.
O EM é uma reação adversa rara, autolimitada e de gravidade ligeira às vacinas contra a COVID-19, não devendo constituir contraindicação ou desencorajar a sua administração.

PO 37

DA TROMBOSE À POLICITEMIA VERA

Ana Correia de Sá; Ana Luís Ferreira; Daniela Casanova; Sofia Xavier Pires; Helena Fernandes; Jorge Cotter
Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães

A policitemia vera ocorre em todas as populações, sendo mais frequente em homens e na oitava década de vida. O seguinte caso clínico alerta-nos para quando num doente na oitava década de vida, a etiologia mais provável do síndrome coronário agudo é a policitemia vera e não a doença cardíaca isquémica, do evento ao diagnóstico. Este é o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia e obesidade grau 1, que recorreu ao serviço de urgência por dor pré-cordial, tendo sido diagnosticado um síndrome coronário agudo. Submetido a cateterismo que revelou lesão crítica de 95%, sugestiva de trombo, da artéria descendente anterior posterior na bifurcação, tendo sido realizada revascularização com angioplastia dessa lesão, com ausência de outras lesões coronárias relevantes. O ecocardiograma transtorácico em fase aguda revelou compromisso moderado de 36% da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. De intercorrências durante o internamento o doente apresentou, ao 7º dia, um acidente vascular cerebral isquémico minor apresentando-se com parésia facial central esquerda de novo. A salientar que referia prurido aquogénico de longa data e apresentava fácies pletórico, com estudo analítico a revelar uma policitemia (Hg 17 g/dL) com leucocitose (14000/uL) e trombocitose (950000/uL), com níveis de eritropoietina diminuídos. Realizado aspirado medular que revelou megacariócitos e plaquetas em número aumentado. A pesquisa da mutação p.(V617F) no gene JAK2 revelou-se positiva, efetuando-se o diagnóstico de policitemia vera. O doente que já cumpria antiagregação plaquetária iniciou hidroxiureia com boa resposta clínica e analítica, encontrando-se em vigilância há cerca de ano e meio sem registo de intercorrências ou novos eventos trombóticos. Este caso alerta-nos para a importância do diagnóstico precoce desta patologia, reduzindo assim o risco de eventos trombóticos que podem ter desfechos fatais ou sequelas significativas

PO 38

NOVA EPIDEMIA VIH: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Luís Ferreira; David Paiva; Joana Peixoto; Ana Correia de sá; Daniela Casanova; Helena Fernandes; Rui Fernandes; Helena Sarmento; Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Nos últimos anos, tem vindo a ser registado um número crescente de novas infeções por VIH, assim como outras IST como sífilis e gonorreia no contexto de múltiplos parceiros sexuais relacionadas com *Chemsex* – encontros de larga escala, associados a consumo de drogas como ecstasy, com objetivo de facilitar relações sexuais num ambiente livre e sem constrangimento, tal como ilustrado no seguinte caso.
Homem, 55 anos, com antecedentes de psoríase, sífilis primária (sem confirmação de tratamento), gonorreia (sem confirmação de tratamento), com consumo etílico > 80g/dia e consumo de drogas não-endovenosas esporádico em contexto de encontros de *Chemsex*. Desde janeiro 2020, com

episódios de retorragias pequena quantidade esporádicas. Realizou colonoscopia na altura que revelou proctite inflamatória, tendo sido encaminhado para consulta de Gastrenterologia. Concomitantemente, mantinha seguimento em consulta de Infeciologia, com rastreios semestrais de IST e testes VIH negativos até abril 2021. Recorre ao SU em maio 2021 por clínica de retorragias pequena quantidade, vómitos, intolerância alimentar, anorexia, cefaleias e febre com 2 semanas de evolução, associados a perda ponderal de 3kg. À admissão, apresentava múltiplas adenopatias inguinais e rash macular generalizado ligeiramente pruriginoso. Analiticamente, apresentava elevação discreta dos parâmetros inflamatórios, com TC abdomino-pélvico a demonstrar espessamento e edema das paredes do reto até ao plano da transição com o sigmoide, com edema perirretal associado, traduzindo quadro inflamatório de natureza indeterminada. No internamento, realizou retossigmodoscopia que revelou úlcera de grandes dimensões, envolvendo mais de metade da circunferencia luminal, escavada, com bordos congestivos e friáveis, bem definidos, compatível com etiologia infeciosa, do qual aguarda resultado histológico, tendo sido medicado empiricamente com Ceftriaxone e Doxiciclina. Entretanto, rastreio VIH positivo de novo, com rácio CD4/CD8 0.11 e contagem de CD4 194 células, tendo iniciado terapêutica com Dolutegravir + Tenofovir alafenamida + Emtricitabina. Foi excluída neurossífilis e iniciado tratamento para sífilis latente. O doente teve alta orientado para consulta de Medicina Interna/D. Infeciosas e Gastrenterologia.

Esta nova realidade vai implicar esforços no sentido da implementação de um rastreio mais sistemático de alguns grupos de risco, assim como para educação dos doentes e alerta para sinais de alarme que nem sempre são óbvios.

PO 39

CAUSA ATÍPICA DE DOR TORÁCICA GRAVE

Ricardo Ambrósio Rodrigues[1]; Telma Alves[1]; Rita Reigota[1]; João Peixoto[1]; Dilva Silva[1]; João Gonçalves[1]; Armandocarvalho[2]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A dor torácica é um dos sintomas de mais frequentes de recurso ao Serviço de Urgência (SU). O seu diagnóstico diferencial é extenso e inclui diferentes patologias que necessitam de tratamento emergente.

Caso Clínico: Homem de 18 anos, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual, deu entrada no SU por dor torácica súbita e intensa, que o acordou de madrugada, associada a dispneia e tosse. Referia dor retrosternal e no hemitórax direito, com irradiação para o membro superior direito, sem outras queixas. À observação inicial, encontrava-se com sinais francos de dificuldade respiratória, polipneico e com dessaturação. Apresentava-se taquicardico e hipertenso, não tendo sido possível avaliar o diferencial entre membros por agitação. Auscultação pulmonar e cardíaca dificultadas pela utilização de equipamento de proteção individual. A gasimetria revelou insuficiência respiratória grave e hiperlactacidémia. Devido às caracteresticas da dor, refractária à analgesia com opióides, e a incerteza no diferencial da tensão arterial entre os membros, foi realizada angioTC torácica, que revelou volumoso hidropneumotóroax à direita e imagens sugestivas de abcessos hepáticos na sua extensão ao abdómen. Na sala de emergência foi iniciada antibioterapia de largo espectro e colocado dreno torácico, com saída de cerca de 3L de líquido purulento. Após estabilização clínica, realizou TC abdominal que evidenciou múltiplas coleções abecedadas, incluindo na fossa ilíaca direita, com origem provável em apendicite aguda. Foi transferido para Cirurgia Geral e imediatamente intervencionado cirurgicamente.

Discussão: Este caso ilustra uma causa atípica de dor torácica, consequência da disseminação multisistémico de um processo infecioso abdominal com evolução frequentemente benigna. Demonstra, ainda, a importância de uma avaliação célere de um sintoma frequente e que representa,

não raras vezes, condições com risco de vida e com necessidade de tratamento emergente.

PO 40

INTOXICAÇÃO VOLUNTÁRIA FATAL NUM JOVEM ADULTO

Mariana Catarina Coutinho de Vasconcelos de Lacerda e Nápoles; Catarina p. Marques; Filipa Lage; Dos Santos Rocha; Rita Calixto; Rosa Mendes
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A intoxicação voluntária por organofosforados é comum, principalmente em meios rurais, sendo mais frequentes em homens, especialmente com antecedentes de patologia psiquiátrica. Os organofosforados são inseticidas que inibem irreversivelmente a atividade da colinesterase, causando manifestações muscarinicas agudas e alguns sintomas nicotínicos. Sendo absorvido pelo trato gastrointestinal, pulmões e pele, é necessário uso de proteção cutânea e respiratória na abordagem destes doentes. O diagnóstico é clínico, podendo dosear-se os níveis de colinesterase, cujo valor não se relaciona com a gravidade do quadro nem deve atrasar tanto o diagnóstico como o tratamento. A identificação e abordagem corretas são essenciais, pois, nos casos graves, o risco de morte não pode ser ignorado.
Caso clínico: Homem, 38 anos, com história de várias tentativas de suicídio, é admitido no serviço de urgência 3h após ingestão voluntária de organofosforado. Durante o transporte, foram retiradas roupas e feita lavagem da superfície corporal. À admissão, apresenta 3 pontos na escala de coma de Glasgow, encontra-se entubado e ventilado para proteção da via aérea, hipotenso, taquicárdico, spO2 98%, desidratado, auscultação pulmonar com muitos ruídos de transmissão. Analiticamente com leucocitose 11,22x10^9, TGO 70U/L, GGT 234U/L, LDH 258U/L, colinesterase normal; gasimetricamente com pH 7.33 e lactatos 4.4mmol/L. Instituído restante tratamento de suporte, sem benefício. Foi transferido para a unidade de cuidados intensivos, onde acabou por falecer.
Conclusão: Tratando-se de uma intoxicação grave, logo à admissão encontrava-se em coma. Sobrevivendo poderia ficar com sequelas neurológicas. O reconhecimento da situação, com uma ação rápida e correta são decisivos, podendo ser instituídas em meio pré-hospitalar: oxigenação, administração de atropina e oximas, lavagem gástrica com carvão ativado, remoção das roupas, lavagem de toda a superfície corporal, reposição hidroeletrolítica vigorosa, administração de anticonvulsivantes, nos casos graves ventilação mecânica invasiva, monitorização cardiorrespiratória (frequentes alterações eletrocardiográfica e hipoxemia). O prognóstico é geralmente bom, dependendo da quantidade, toxicidade e via de administração, tempo decorrido até início do tratamento, ocorrência de vómito imediato após ingestão, ocorrência de paragem cardiorrespiratória e duração da reanimação. Serve o presente caso para ilustrar uma intoxicação voluntária grave, que culminou na morte do doente, relembrando este produto de fácil acesso, muito usado em meio rural.

PO 41

ESTRANHA CAUSA DE DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - UM FÍGADO NO SÍTIO ERRADO

Mariana Catarina Coutinho de Vasconcelos de Lacerda e Nápoles; David Mestre; Catarina Marques; Filipa Lage; Ana Carina Baldino; Patrícia Serpa Soares; Rosa Mendes
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: As hérnias diafragmáticas constituem defeitos do diafragma que dependendo da etiologia vão divergir na localização. O tamanho correlaciona-se com a presença ou não de órgãos abdominais em posição intra-torácica (estômago e intestino são mais comuns). Dividem-se em congénitas (frequentemente um diagnóstico incidental no adulto) e adquiridas (iatrogénicas, traumáticas). São sintomáticas quando associadas a compressão de estruturas intratorácicas. Raramente são bilaterais.
Caso clínico: Mulher, 72 anos, com antecedentes pessoais de obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia para pequenos esforços, com agravamento progressivo há 2 semanas (associa a queda da própria altura),

ortopneia, dispneia paroxística noturna; tosse produtiva; disúria; diarreia com muco há 3 dias; náuseas e anorexia. À admissão: temperatura de 37.8ºC; eupneica; sem alterações à auscultação cardio-pulmonar; abdómen com massa ovalar palpável na transição da região hipogástrica-flanco esquerdo com cerca de 3cm de maior eixo, móvel, consistência elástica, indolor.
Analiticamente: leucocitose 136307/uL, neutrofilia 93.4%, PCR 23.4mg/dL; ureia 113mg/dL; creatinina 2.48mg/dL, CK 7061U/L. Sumária de urina: leucocitúria. Radiografia de tórax: alargamento do mediastino, aumento do índice cardio-torácico, aparente subida das hemicúpulas diafragmáticas. TAC toraco-abdomino-pélvica: hérnias diafragmáticas - esquerda, formada por gordura, direita com parte do fígado com localização intratorácica, no plano da divisão da artéria pulmonar, condicionando compressão das câmaras cardíacas direitas e empurramento contralateral do coração, pequena hérnia do hiato. É internada no contexto de bacteriemia de provável ponto de partida urinário, cumprindo 7 dias de ciprofloxacina. Realiza ecocardiograma: aurícula direita de pequena dimensão (compressão extrínseca?). Observada pela cirurgia geral, sem indicação cirúrgica de urgência. Tem alta melhorada e referenciada a consulta de medicina interna.
Conclusão: Estamos perante um caso rara de hérnias diafragmáticas bilaterais e hérnia do hiato. Não foi possível aferir a etiologia, no entanto não havia antecedentes cirúrgicos nem a queda pareceu constituir fator suficiente para a sua formação. Trata-se de um caso em que a clínica respiratória fez suspeitar de descompensação de insuficiência cardíaca e no qual a realização de exames complementares foi imprescindível para o diagnóstico. Sem tratamento cirúrgico, os sintomas podem ressurgir e ser mais graves.

PO 42

DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL - DIAGNÓSTICO INAUGURAL EM DOENTE COM SÍNDROME URÉMICO

Mariana Catarina Coutinho de Vasconcelos de Lacerda e Nápoles; Filipa Lage; Catarina p. Marques; Dos Santos Rocha; Rosa Mendes
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A doença renal crónica (DRC) é comum e define-se como a presença de alteração estrutural e/ou agravamento da função renal de forma crónica e progressiva. As causas mais frequentes são: nefropatia diabética, nefrosclerose hipertensiva, e glomerulopatias primárias e secundárias. Os sintomas são insidiosos e incluem anorexia, náuseas e vómitos, desnutrição, astenia, prurido, etc. O diagnóstico é analítico e imagiológico, necessitando raramente de recorrer a biópsia renal. O tratamento depende do estadio da doença.
Caso clínico: Homem, 77 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata (HBP), sem medicação habitual nem seguimento médico regular, é encaminhado ao serviço de urgência (SU) por alterações em análises pedidas no ambulatório em contexto de quadro de vómitos alimentares e mal-estar geral (Hb 7.0 g/dL, ureia 312mg/dL e creatinina 12.87mg/dL). Doente refere diminuição do débito urinário há 1 semana, episódio de hematoquézias há um mês, perda ponderal de cerca de 15kg em 4 meses e agravamento do estado geral. À admissão: TA 180/84mmHg, palidez cutâneo-mucosa. Análises: Hb 7.2g/dL, ureia 324mg/dL, creatinina 13,17mg/dL, K+ 5.31mmol/L. Gasimetria (FiO2 21%): pH 7.299, paCO2 31mmHg, paO2 115mmHg, sO2 99%, HCO3- 16mEq/L. Ecografia renal: rim direito de dimensões aumentadas em relação ao esquerdo, ecogenicidade do córtex renal com indiferenciação cortico-medular; dilatação pielocalicial bilateral; bexiga com espessamento parietal significativo, de aspeto pseudo polipóide em relação com bexiga de esforço. Doente é algaliado com boa resposta diurética e é transfundido com 1 unidade de concentrado eritrocitário. Durante o internamento, com fluidoterapia, há melhoria da acidemia metabólica e da função renal (dia da alta:

ureia 203mg/dL, creatinina 8.39mg/dL). Realiza ecografia prostática (próstata com ligeiro aumento das dimensões) e doseamento de PSA (total 2.69ng/mL, livre 1.40ng/ml, razão livre/ total 0.52). Tem alta com o diagnóstico de DRC de etiologia pós-renal em contexto de bexiga de esforço e HBP, com indicação para manter hidratação, algaliação e tansulosina 0.4mg id e é referenciado a consulta urgente de nefrologia, urologia e medicina interna.

Conclusão: Apresenta-se um caso raro de diagnóstico de diagnóstico de DRC já em fase terminal e de etiologia pós-renal. O facto de o doente não ter seguimento regular no médico de família e não ter valorizado alguns dos sintomas atrasaram o diagnóstico. Neste caso é crucial o início de terapia de substituição renal.

PO 43

CEFALEIA NO IDOSO – UM CASO DE HEMATOMA SUB-DURAL

Carolina Amado, Mariana Silva Leal, Tiago Valente, Ana Rocha Oliveira, Margarida Cruz
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

O hematoma subdural (HSD) é uma patologia relativamente frequente nos idosos, definindo-se como uma coleção de sangue entre a dura máter e a membrana aracnóide. Nesta faixa etária estão mais frequentemente associados à toma de anticoagulantes e/ou antiagregantes, hipertensão arterial, diabetes mellitus, alcoolismo, anomalias vasculares cerebrais, coagulopatia ou idade avançada.

O objetivo desde trabalho é apresentar um caso clínico de um hematoma subdural crónico agudizado, de forma espontânea, tendo como único fator de risco a idade avançada.

Homem, 72 anos, autónomo e saudável, não medicado com anticoagulantes ou antiagregantes ou hábitos alcoólicos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de cefaleia e alguns períodos de desorientação temporo-espacial, com uma semana de evolução, sem contexto inicial conhecido, normalmente traumatismo crânio-encefálico. À admissão, doente vígil, com discurso lentificado mas coerente, sem outras alterações neurológicas focais, apresentando perfil tensional elevado (TA 200/100 mmHg). Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente compatíveis com coagulopatia. Imagiologicamente com achado de "volumoso hematoma subdural frontoparietotemporal esquerdo, multisseptado, com sinais de sangramento recente, de espessura máxima aproximada de 30 mm (...) desvio das estruturas da linha média para a direita em cerca de 15,5 mm". Foi submetido a tratamento cirúrgico com evolução favorável, nomeadamente com melhoria sintomática da cefaleia. TC-CE de controlo com "resíduo hemisférico esquerdo (..) melhoria do efeito de massa e desvio da linha média".

O HSD é mais frequente no sexo masculino, com pico de incidência cerca dos 70 anos de idade. O caso clínico pretende destacar a idade avançada como um fator de risco independente para HSD. Nos idosos, a atrofia cerebral induz um alargamento do espaço subaracnoideu com consequente estiramento das veias cerebrais superiores. O movimento repetido do encéfalo atrofiado dentro da caixa craniana facilita o estiramento e consequente hemorragia. A suspeição clínica em idosos que se apresentem no SU com sintomas neurológicos, mesmo que incipientes, deve ser elevada para HSD, com a necessidade de realização de TC-CE. O diagnóstico e tratamento precoces permitem, na maioria dos casos, a recuperação clínica completa.

PO 44

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – POR UM DÉFICE DE PROTEÍNA S VERSUS SÍNDROME ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDICO

Elizabete Dulce da Cunha Mendes; D. Cassama; A. Mendonça; N. Calado; I. Soles; A. Mendes
Hospital Portalegre

O Tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) é uma doença relativamente comum e potencialmente fatal que requer um diagnóstico rápido e preciso.

Este caso vem demonstrar que o estudo etiológico do TEP é fundamental, dado que só dessa forma podemos atuar sobre as possíveis causas e evitar recorrências futuras.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 37 anos de idade, com antecedentes de: Diabetes gestacional, hipertensão gestacional

sugestiva de pré-eclâmpsia e cesariana 4 semanas antes do internamento.
Recorreu ao Serviço de Urgência, por quadro de febre, dor pleurítica e mal-estar geral. A gasometria arterial mostrou hipoxemia e hipocapnia. Fez Angiotomografia computorizada (Angio-TC) torácica que revelou tromboembolia pulmonar bilateral. O estudo complementar revelou défice de proteína S, tendo-se iniciado anticoagulação oral com varfarina ad eternum. Teve alta após vários dias de internamento.
Regressou ao Serviço de Urgência após 2 dias, por quadro de mal-estar geral e febre persistente, sem qualquer outra sintomatologia associada. Repetiu Angio-TC torácica que demonstrou melhoria dos defeitos de repleção compatíveis com TEP.
Foi reinternada admitindo-se status pós-TEP e pneumonia nosocomial. Ao longo do internamento, a doente permaneceu clinicamente estável mantendo, contudo, o quadro febril, apesar da antibioterapia empírica instituída (piperacilina+tazobactam).
Os exames microbiológicos realizados e a procalcitonina foram negativos. No entanto, foram identificados Anticorpos Anti-Nucleares (ANA) 1,2 (duvidoso de 0,8 a 1,2) e Anticorpo Anti-Cardiolipina IgM 18,1 MPLU/mL (positivo se >/= 18); Anticorpo Antifosfolipídico 1,6. Perante estes resultados, colocou-se a hipótese de se tratar de uma doença autoimune e instituiu-se corticoterapia com sucesso e remissão do quadro febril.
Teve alta melhorada, encaminhada para consulta de Medicina Interna e Doenças Autoimunes.
Neste caso, não é possível afirmar com certeza se o TEP teve como causa o défice de Proteína S ou a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípidico (SAAF). Os anticorpos antifosfolípidicos deverão ser repetidos dentro de 8 semanas para confirmação da hipótese de SAAF dado que a doente teve parto recente e nestas circunstâncias pode cursar com SAAF falso positivo. Caso esta hipótese seja confirmada deverá ser privilegiada manter anticoagulação oral com varfarina e INR alvo 2-3.

PO 45

A APRESENTAÇÃO TÍPICA DE UMA ENTIDADE ATÍPICA: ARTERITE TEMPORAL

Joana Ramalho; Filipe Machado; João Campos Cunha; Joana Sequeira; Mónica Teixeira; Ana Luísa Barbosa; Luísa Sousa
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) ou arterite temporal é a mais comum das vasculites sistémicas [1]. A incidência de arterite temporal é de 15-25 casos por 100.000 pessoas com mais de 50 anos [1].
A sua etiopatogenia permanece desconhecida, mas acredita-se que idade avançada, sexo feminino, tabagismo, predisposição genética, agentes infeciosos e o sistema imunológico contribuam para a sua patogénese [2].
O diagnóstico deve ser considerado quando existem cefaleias de novo, início abrupto de distúrbios visuais, especialmente perda visual monocular transitória e claudicação da mandíbula [3].
O Colégio Americano de Reumatologia definiu a presença de pelo menos 3 de 5 critérios para uma sensibilidade e especificidade >90% para ACG relativamente a outras vasculites: Idade >50 anos, cefaleia localizada de inicio recente, engurgitamento doloroso ou diminuição da pulsatilidade da artéria temporal, velocidade de Sedimentação (VS) >50 mm/h e biopsia da artéria temporal com células mononucleadas ou processo granulomatoso com células gigantes multinucleadas [2].
Apresenta-se de seguida um caso admitido no nosso Centro Hospitalar e comparamos o seu padrão e evolução com a literatura recente.
Caso clínico: Mulher de 76 anos, recorre ao serviço de Urgência (SU) por cefaleia peri-orbitaria bilateral, temporal e bimalar e um episódio de amaurose fugaz do olho direito com cerca de 1 semana de evolução. Teria sido observada no medico de família (MF) previamente, tendo sido medicada com corticoterapia oral e antibioterapia por presunção de sinusite, sem melhoria. Após realizar Tomografia Computarizada e estudo analítico sem alterações de relevo e avaliação por neurologia é excluída infeção ou evento cerebrovascular agudo e tem alta.

Regressou ao SU dois dias depois por manutenção do quadro com novos episódios de amaurose fugaz e claudicação da mandibula. Palpação da artéria temporal dolorosa. VS de 65 mm/h. Observada por oftalmologia e excluída patologia oftalmológica. Assumido diagnóstico provável de arterite temporal, iniciou pulsos de metilprednisolona e realizou biopsia da artéria temporal. A biopsia confirmou o diagnóstico, identificou "Infiltração difusa de histiócitos com esboço de células gigantes"

Conclusão: O diagnostico precoce de ACG e o início atempado de corticoterapia permite que o desfecho dos doentes seja globalmente favorável. Porém o seu atraso pode conduzir a perda visual permanente (25% dos casos) com impacto na qualidade de vida do paciente [3].

Este caso vem relembrar a importância da abordagem da cefaleia no SU e dos seus sinais de alarme. Para além disso podemos inferir que a corticoterapia oral prescrita pelo MF pode ter mascarado a sintomatologia numa fase inicial. A doente teve boa evolução com melhoria das queixas desde o primeiro dia de metilprednisolona.

PO 46

ANEMIA E HIPOTIROIDISMO NA URGÊNCIA

Catarina Pinto Marques; Mónica Spencer Pereira; Ana Rita Rocha; Mariana Nápoles; Domingas Pereira; José Vaz
CH Baixo Alentejo - Beja

Introdução: Falamos de anemia (AA) na presença de hemoglobina (Hb) inferior a 13g/dL no homem e 12g/dL na mulher. O tratamento depende da etiologia que se divide em três mecanismos: hipoproliferativa, hemorragia ou hemólise. Dentro do primeiro grupo o défice de ferro é das causas mais comuns, mas outras, como hipotiroidismo (hipoT), principalmente se presente por longo tempo de evolução sem tratamento, não deve ser esquecido.

O hipoT primário caracteriza-se analiticamente pela elevação da hormona estimulante da tiroide (TSH) e divide-se em clínico ou subclínico. A distinção entre ambos reside nas hormonas triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) que estão diminuídas no hipoT clínico, ao contrário do que acontece no subclínico que estão normais. A causa mais comum de hipoT clínico é a tiroidite de Hashimoto (TH).

Caso Clínico: Mulher de 21 anos, que se apresentou no serviço de urgência após síncope. Referiu história com meses de evolução de cansaço e astenia. Medicada pelo médico de família com ferro oral por AA de longa data, sem estudo etiológico prévio. Exame objectivo sem alterações para além de uma palidez cutânea marcada. Analiticamente confirmou-se AA microcítica e hipocrómica com Hb de 6.3 g/dL. Realizou transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário. Do restante estudo etiológico destacou-se: VS 46; ferro aumentado, transferrina e ferritina dentro dos valores normais; Vitamina B12 e folato dentro dos valores de referência; Electroforese de proteínas, cadeias leves kappa e lambda e sua relação sem alterações; T3 e T4 total (T) e livre (L) muito diminuídas (T4L <0.42ng/dL) e TSH muito aumentada (442 µUl/mL); Anticorpo (Ac.) Antitiroglobulina e Ac. Anti-tiroide peroxidase muito elevados. A ecografia da tiroide evidenciou uma glândula de limites mal definidos, heterogénea, com marcada hipoecogeneicidade, observando-se imagens lineares, hiperecogenicas em relação com septos fibrosos, compatíveis com tiroidite autoimune, provavelmente de longa data. Diagnosticou-se TH como causa da AA. Suspendeu a reposição de ferro e iniciou levotiroxina em dose alvo (1.6 µg/kg/dia). Às 4 semanas apresentava aumento da T4L para 0.53 ng/dL e TSH ainda elevada, mas a normalizar (147 µUl/mL).

Aumentou-se dose de levotiroxina em 25 µg. Nova reavaliação às 6 semanas já com normalização de T4L e com TSH e Hb a normalizar.

Conclusão: Na apresentação de TH é frequente o aumento da glândula ou sintomas de hipoT mas não obrigatório. Esta pode apresentar-se com AA, normalmente macrocítica, principalmente quando há longo período de evolução. Trazemos este caso para relembrar que perante uma AA, o estudo etiológico é imperativo, devendo figurar, entre outras causas mais comuns nesta faixa etária, como metrorragias ou neoplasia a exclusão de hipoT.

PO 47

AEROBILIA

Marta Rosário Cesar de Campos; Luis Forte
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Aerobilia é a presença de gás nas vias biliares, normalmente detectada em um exame de imagem (ecografia, TC ou RM). É comum em doentes que passaram recentemente por cirurgia ou endoscopia das vias biliares. Enquanto a presença do ar no sistema biliar não é necessariamente prejudicial, este achado sugere um processo patológico.
A etiologia é vasta e o tratamento é de acordo com a etiologia
Num doente sem co morbilidades com anatomia normal, não há nenhum ar dentro da árvore biliar. Quando este achado está presente, ele pode ser secundário a:

- Recente cirurgia ou endoscopia das vias biliares
- Esfíncter de Oddi incompetente
- Fístula biliar-entérica
- Infecção (Colangite enfisematosa)
- Anomalias congênitas

Outras causas raras que foram comunicados incluem divertículo duodenal, abscesso, trauma operatório, carcinoma do duodeno, pâncreas est ômago ou vias biliares
Os autores descrevem o caso de uma doente de 76 anos, com várias co morbilidades que recorre ao serviço de urgência com um quadro clinico caracterizado por náuseas, vómitos, dor abdominal, tipo cólica com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo a doente encontrava-se com um quadro séptico com ponto de partida abdominal. Na TC abdominal apresentava aerobilia , hepatomegalia, aerobilia à esquerda, corpo e cauda do pâncreas atróficos, espessamento do cego.
A tomografia abdominal pode orientar o diagnóstico caracteriza a aerobilia.
De acordo com os achados imagiológicos assim de actua em termos terapêuticos se pondera o prognóstico.
Os autores pretendem colocar em evidência uma patologia com alguma frequência que surge em serviço de urgência e que apresenta uma etiologia e terapêutica diversificada

PO 48

UM CASO RARO DE LEUCEMIA PLASMOCÍTICA AGUDA

Ana Paula Rezende; Elisabete Mendes; Jerina Nogueira; André Mendes; Joana Cochicho; José Miguel Silva; Rubén Raimundo; Djenabu Casssama; Adriano Mendes; Nídia Calado; Armando Nodarse; Isabel Soles
Hospital Distrital de Portalegre

A Leucemia Plasmocítica Aguda é uma neoplasia dos plasmócitos que carateriza-se por um aumento da produção de uma imunoglobulina monoclonal. É uma patologia rara e afeta 2 a 4/100.000 habitantes. A idade média de apresentação é por volta dos 65 anos. A etiologia é desconhecida, embora sejam sugeridos fatores genéticos, radiação e agentes químicos.
Doente do sexo masculino, 52 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro clínico de lombalgia com 3 meses de evolução, com limitação progressiva da mobilidade, atualmente com incapacidade para deambular. Associa-se perda ponderal de cerca de 20 Kg nesse mesmo período de tempo. Analiticamente, destaca-se bicitopenia (anemia e trombócito-penia), com hipercalcémia e alteração da função renal. Fez estudo da eletroforese das proteinas onde há aumento das cadeias alfa 2 , beta e gamma. A radiografia de crânio revelou lesões líticas multifocais bem definidas. Fez ressonância magnética da coluna dorso-lombar que mostrou: “deformação em cunha de vértice anterior dos corpos vertebrais de D12 e L1, L2, L3 e L5, assim como, fratura patológica de L4, condicionando agravamento da estenose do canal central, sobretudo à direita, com conflito de espaço. Todas estas fracturas patológicas são consequência da infiltração celular neoplásica, da medula óssea hematopoiética”. No internamento, foi realizado um mielograma que foi compatível com leucemia plasmocítica aguda.
O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possivel e consiste em quimioterapia associado a corticoterapia. O diagnóstico precoce é fundamental para o início do tratamento ser o mais breve possível. Trata de uma doença incurável e com prognóstico reservado.
Neste caso, a história clínica e os exames complementare realizados aquando da admissão

no serviço de urgência permitiram levantar a suspeita clínica de uma neoplasia hematológica e orientar o estudo para esclarecimento dessa mesma hipótese.

PO 49

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DO MEMBRO SUPERIOR: UMA URGÊNCIA NA ENFERMARIA DE MEDICINA

Isa Fialho Cordeiro; Manuel Almeida; Vera Luís; José Gallardo; Luísa Arez
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: A introdução de cateteres venosos causa lesão endotelial e inflamação local que, em conjunto, contribuem para a formação de trombos que podem posteriormente causar obstrução de um vaso. A trombose venosa profunda do membro superior associa-se a colocação de cateter venoso central ou periférico em cerca de 80-90% dos casos, sendo os restantes casos relacionados com compressão externa por alterações anatómicas. Apesar de menos comum do que a trombose venosa profunda do membro inferior, também a trombose venosa profunda do membro superior pode levar a tromboembolismo pulmonar, pelo que é necessário diagnóstico e tratamento atempado. Clinicamente existe um espectro de sintomatologia que varia de assintomático até dor, edema unilateral do membro superior e impotência funcional.
Caso Clínico: Apresenta-se um caso de um doente de 56 anos, género masculino, internado na enfermaria de Medicina após diagnóstico de Sarcoma de Kaposi disseminado e retinite a citamegalovirus. Analiticamente Ac. Anti-HIV 1 e 2 positivo, carga viral HIV1 515.396 x10^3 c/mL, CD4+ 16 cel/mcL, sem seguimento prévio. Ao décimo segundo dia de internamento é colocado um cateter venoso na veia subclávia esquerda. Dois dias após a intervenção desenvolve, no membro superior esquerdo, edema e dor à mobilização passiva e ativa, assim como à palpação. Ao exame objectivo com pulsos arteriais periféricos diminuídos. Avaliação analítica com D-dímeros de 1475 ng/ml. Realizou ecodoppler que mostrou oclusão completa da veia braquial, radial e cubital esquerda. Iniciou terapêutica com enoxaparina 1 mg/kg de 12/12h. O doente recuperou a mobilidade do membro superior esquerdo.
Conclusões: A colocação de um cateter venoso central ou periférico corresponde a uma agressão à homeostasia do organismo. Em doentes com estados de hipercoagulabilidade e inflamação crónicos, como é o caso deste doente, uma intervenção desta natureza poderá resultar em complicações severas e contribuir para um pior prognóstico.

PO 50

QUANDO AS PRIMEIRAS PISTAS NÃO APONTAM NA DIREÇÃO CERTA

Cátia Gorgulho; Lara Adelino; Telma Elias; Tiago Pereira
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A disseção aórtica é um distúrbio em que há uma súbita rutura da camada íntima da artéria aorta, expondo a camada subjacente ao fluxo sanguíneo, criando assim um "falso lúmen". A causa mais comum é a hipertensão arterial prolongada. A clínica habitual é a dor torácica súbita e extrema com irradiação para a região torácica posterior interescapular. A disseção da aorta é três vezes mais comum em homens e cerca de ¾ ocorrem em pessoas entre os 40-70 anos. Algumas complicações da disseção da aorta são enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal, dependendo das artérias que forem obstruídas. Pode ainda acontecer tamponamento cardíaco.
Caso Clínico: Homem, 68 anos, autónomo. Sem antecedentes pessoais de relevo. Trazido ao Serviço de Urgência por síncope com perda de controlo de esfíncteres, com amnésia para o sucedido. Sem dor torácica associada. Ao exame objetivo, obnubilado, extremidades frias, hipotenso com assimetria de tensão arterial (membro superior esquerdo 60/40mmHg e membro superior direito 95/65mmHg, ou seja, diferença >20mmHg entre os membros) e dor à palpação do hipocôndrio direito. Iniciada fluidoterapia.
Analiticamente de relevo: D-Dímeros 113048ug/L, Lactato desidrogenase 352 IU/L.
Gasimetricamente: acidemia metabólica (pH 7.22, HCO3-12.3mmol/L) e hiperlactacidemia 9.2mmol/L. Eletrocardiograma sem alterações.

Tomografia computorizada do tórax revelou: "Dilatação aneurismática da aorta ascendente ateromatosa, com aumento do diâmetro transverso da mesma avaliada em 7 cm; não se pode excluir a existência de discretíssima dissecção anterior não muito evidente. Observamos trombo da cava superior com cerca de 2 cm de diâmetro condicionando trombose. (…) Provável trombose da cava abdominal."
Avaliado pelo Serviço de Medicina Intensiva no contexto de disseção da aorta ascendente e quadro de choque com hipotensão arterial refratária. Iniciado suporte vasopressor e agilizada transferência para centro cirúrgico, após início de ventilação mecânica com entubação orotraqueal. Realizada pericardiocentese de emergência, com recuperação inicial da tensão arterial. Apesar das medidas instituídas, novo agravamento clínico sem recuperação, sendo o óbito verificado 3h após a admissão hospitalar.
Conclusões: Com este caso clínico, ressalva-se a importância do exame objetivo nesta patologia (através do diferencial de pressão arterial nos membros), já que apesar de a dor torácica súbita e extrema ser a clínica mais comum, a sintomatologia pode ser variada, dependendo das artérias obstruídas e das complicações associadas. Destaca-se ainda a alta mortalidade desta emergência médica na sua fase aguda.

PO 51

HEMOTÓRAX NÃO TRAUMÁTICO EM DOENTE NÃO ANTICOAGULADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mariana Guerra; Cátia Pereira; Joana Coelho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

O mesotelioma pleural é um tumor agressivo, de prognóstico reservado, associado à exposição a asbestos, mais frequente no sexo masculino, a partir da 6ª década.
A tosse e dor torácica constituem os principais sintomas e 80% dos doentes apresentam derrame pleural unilateral associado.
Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, engenheiro mecânico reformado, natural da Namíbia, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de dor pleurítica à direita, dispneia para pequenos esforços e cansaço fácil com 2 semanas de evolução. Negava hábitos tabágicos ou outros fatores epidemiológicos conhecidos para patologia respiratória, como exposição a fumos ou asbestos.
Ao exame objetivo, o murmúrio vesicular encontrava-se abolido em todo o hemitórax (HT) direito.
O Rx tórax apresentava uma hipotransparência em toda a extensão do HT direito sugestiva de derrame. Não foram identificadas alterações analíticas de relevo ou insuficiência respiratória. Realizou TC do tórax que confirmou a presença de volumoso derrame pleural direito com sinais de organização e ainda múltiplas lesões sólidas dispersas pela pleura parietal, mediastínica e diafragmática, compatíveis com lesões neoplásicas. Foi efetuada toracocentese, eco guiada, com saída de cerca de 20 ml de líquido sero-hema´tico compatível com exsudato, sendo confirmada em análise citológica a presença de células neoplásicas. O doente foi internado para estudo.
O estudo citopatológico do líquido pleural foi compatível com mesotelioma pleural maligno, além do resultado histológico da biópsia pleural.
A evolução clínica foi fulminante, com evidência em TC torácica de progressão dimensional e numérica das lesões pleurais que se tornaram confluentes numa massa que condicionou desvio contra-lateral do mediastino. Sem possibilidade de intervenção cirúrgica ou quimioterapia, a doente veio a falecer quatro meses após a vinda a SU.
Discussão: A abordagem do derrame pleural no serviço de urgência (SU) e a consequente análise das propriedades macro e microscópicas além de permitirem muitas vezes o diagnóstico, também permitem um melhor tratamento e encaminhamento do doente. Aqui apesar da ausência de confirmação exposição a asbestos por parte do doente, atendendo à sua naturalidade e profissão, é altamente provável, que este tenha estado exposto em algum período de tempo a esta substância.

PO 52

DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ivan Marcelo Martins Antunes[1]; Salomé Marques[2]; Rodrigo Santos[3]
[1]Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; [2]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; [3]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O *delirium* é uma síndrome clínica prevalente, mas frequentemente não diagnosticada, caracterizada por perturbação da cognição, da consciência e da perceção. Manifesta-se frequentemente em condições agudas, apresenta uma grande prevalência na população idosa e está associada a maior morbimortalidade.
Caso Clínico: Sexo feminino, 72 anos de idade, autónoma, residente sozinha com a visita frequente das filhas. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia medicadas, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada e doença renal crónica estadio 3b. Trazida ao Serviço de Urgência (SU) pela filha por desorientação, anorexia e apatia com 3 dias de evolução, e tendo, por isso, sido interrompido, nos últimos 2 dias, a toma de lorazepam que fazia ao deitar. À avaliação no SU normotensa, normocárdica e apirética, ao exame neurológico sumário era notória a desorientação espaciotemporal e obnubilação, sem outras alterações; controlo analítico a evidenciar leucocitose com neutrofilia, proteína c reativa ligeiramente elevada, lesão renal aguda e sumário de urina II com leucocituria e nitrituria; tomografia computadorizada cranioencefálica sem alterações dignas de relevo. Foi medicada para o quadro infecioso (cistite) e ainda durante a permanência no SU verifica-se quadro de agitação psicomotora, coprolália e défices mnésicos para a memória recente. Foi medicada com haloperidol 2,5mg com parca melhoria, e recorrência do quadro de agitação e evolução com períodos de heteroagressão. Considerando a interrupção abrupta de terapêutica habitual com benzodiapinas, foi iniciado diazepam 5mg. Permaneceu internada com resolução do *delirium* em dia 1 de internamento e melhoria progressiva do quadro infecioso com possibilidade de alta ao quinto dia, com indicação para término do esquema de antibioterapia em ambulatório.

Discussão/Conclusão: O *delirium* é uma entidade de etiologia multifatorial. São diversos os fatores de risco para o seu desenvolvimento, podendo encontrar-se em conjunto como foi exemplo neste caso. A abordagem inicia-se com a identificação e a descriminação e orientação dos fatores predisponentes. Devem ser promovidas as medidas não farmacológicas (controlo dos estímulos ambientais e verbais) e, caso estas não sejam suficientes, intervir farmacologicamente para o controlo sintomático. Os fármacos de primeira linha são os antagonistas dopaminérgicos, nomeadamente o haloperidol. As benzodiazepinas, agentes familiares e de rápido acesso em contexto de emergência já demonstraram agravar a confusão e sedação, sendo fármacos a evitar em doente com *delirium* a não ser que este se tenha instalado no contexto de abstinência de substâncias depressoras do SNC. Com este caso clínico pretendemos colocar em evidência a importância da rápida e correta identificação etiológica do quadro confusional para que este seja resolvido, minimizando o risco de desfechos desfavoráveis.

PO 53

À VOLTA DA DOR ABDOMINAL NUM IDOSO

Sofia Moura de Azevedo; Fabienne Gonçalves; Pedro Maia Neves; João Araújo Correia
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A dor abdominal no doente idoso é um sintoma e motivo comum de recurso ao serviço de urgência. A idade avançada torna a anamnese e o exame físico um desafio, tendo em conta as particularidades desta população. Apresentamos o caso de um homem de 80 anos, dependente nas atividades de vida diária por demência. Foi admitido no serviço de urgência, com clínica de dor abdominal e obstipação. Ao exame físico, sinais vitais sem alterações, abdomén distendido, sem defesa à palpação e ruídos hidroaéreos presentes. A radiografia abdominal revelou dilatação do cólon sigmóide (sinal do grão de café), tal como a TC abdominal realizada, sugerindo o diagnóstico de volvo intestinal. Foi submetido a colonoscopia de descompressão com resolução. Não existia evidência de neoplasia na

TC abdominal ou no estudo endoscópico, ou de outra causa obstrutiva. O volvo sigmóide é comum em homens acima de 70 anos, com patologia neuropsiquiátrica e como fator de risco o doente apresenta um cólon longo e redundante descrito no exame endoscópico. Em idosos é sabido que a ausência de febre ou defesa abdominal não exclui estarmos perante quadros clínicos graves. Esta é uma patologia com alta mortalidade e risco de recorrência a reconhecer em idosos, principalmente institucionalizados.

PO 55

DISSEÇÃO ARTERIAL FULMINANTE

Catarina Maciel; Sérgio Carvalho; Margarida Contente; Inês Soares; Francisco Esteves
CH Trás os Montes

Introdução: As alterações súbitas e graves da função de órgãos e sistemas impõem, entre outras prioridades, um exercício de diagnóstico diferencial extremamente desafiante, sobretudo em ambiente de Sala de Emergência (SE). Para além das medidas iniciais de ressuscitação de órgãos, a obtenção de um rápido diagnóstico, constitui o elemento decisivo para a definição da estratégica subsequente, fundamental ao processo assistencial do doente.
Objetivos: Apresentação e reflexão de estudo de caso de doente admitida em SE com quadro clínico, semiologicamente pouco habitual e eventualmente dissonante com o diagnóstico definitivo encontrado.
Descrição de caso clínico: Senhora de 83 anos, autónoma, antecedentes de epilepsia, HTA e dislipidemia, abordada em ambiente pré-hospitalar (VMER) por coma de instalação súbita (Glasgow 4). Sem movimentos tonicoclónicos, perda de controlo de esfíncteres ou pródromos cardíacos conhecidos. Choque com hipotensão grave sem taquicardia. Colocada prótese ventilatória invasiva (sem fármacos neurodepressores), fluidos, aminas e transportada á SE como via verde do AVC. Confirmação do coma, presença de sinais neurológicos focais (circulação anterior e posterior), choque, fc e ecg normais, acidemia metabólica. Pressão arterial (PA) imensurável em todos os membros, sopro sistólico grau IV/VI em todo o precórdio. Após estabilização inicial, efetuou-se angioTC CE e tórax. Constatação de dilatação aneurismal com dissecção da aorta ascendente, com extensão ao arco aórtico, aorta torácica e abdominal, artéria braquiocefálica e carótida comum esquerda e artéria mesentérica superior, compatíveis com dissecção arterial aórtica aguda. Face ao quadro clínico, e após constatação da ausência de solução terapêutica (cirurgia vascular) foi decidida limitação de esforço terapêutico, privilegiando medidas de conforto, com verificação subsequen-te de óbito.
Reflexão/conclusões: Os autores destacam a importância dos diagnósticos diferenciais em casos de alteração de estado de consciência, sobretudo quando associados a sinais/sintomas atípicos, como neste caso, a PA imensurável e ausência de taquicardia.

PO 56

DOR TORÁCICA AGUDA - UMA CAUSA MENOS COMUM

Núria Condé Pinto; Bernardo Silvério; Tatiana Salazar; João Cardoso; Helga Martins; Isabel Vinhas; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A dor torácica aguda é um dos principais motivos de admissão no serviço de urgência. A existência de diagnósticos diferenciais potencialmente fatais como isquemia miocárdica, disseção aórtica, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco levam a que uma abordagem sistemática e um diagnóstico e instituição terapêutica céleres sejam fundamentais.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos com antecedentes de hepatite C, tabagismo e história de consumo de heroína e cocaína inaladas. Foi admitido no serviço de urgência por dor torácica em aperto/queimor, com irradiação cervical e epigástrica, com intensidade crescente, com uma hora de evolução e início após o almoço. Negava consumo recente de drogas, trauma ou episódios prévios semelhantes. Negava vómito. Na admissão, doente agitado, com posição antálgica em flexão anterior do tronco. Hemodinamicamente estável, sem assimetria tensional entre membros, com saturação de O2 de 98% em ar ambiente,

apirético. Polipneico, sem desvio traqueal, auscultação cardíaca hipofonética, sem atrito pericárdico, sem alterações da auscultação pulmonar. Sem turgescência venosa jugular. No ECG apresentava elevação do ponto J nas derivações anteroseptais, sem critérios de STEMI. O doseamento de marcadores de necrose do miocárdio revelou-se negativo. Realizada gasimetria em ar ambiente, sem alterações de relevo. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia ligeira. O doente permaneceu muito agitado, com fácies de dor e hipersudorese. Foi administrada terapêutica analgésica com efeito limitado. Realizou TC com contraste que revelou pneumomediastino posterior e perfuração esofágica por corpo estranho (provável espinha de peixe). O doente foi estabilizado e transferido aos cuidados de Gastrenterologia para remoção endoscópica da espinha.

Conclusões: Destacamos este caso por ilustrar um diagnóstico menos comum de dor torácica, realçando a importância da sua abordagem rápida em contexto de urgência.

PO 57

FASCEÍTE NECROTIZANTE

Mariana Moniz Ramos; Joana Vieira Jardim; Sara Nicolau; Filipe Rodrigues; Manuela Grego; Graça Amaro
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: As infeções necrotizantes são caracterizadas por destruição fulminante do tecido afetado, sinais sistémicos de toxicidade e elevada mortalidade. Podem surgir em indivíduos saudáveis, assim como em qualquer faixa etária. Estão associadas a fatores de risco como trauma, imunossupressão, diabetes mellitus, alcoolismo ou cirurgia recente.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 69 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do reto com metastização hepática, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor no membro inferior direito (MID), incapacidade de carga e deambulação com 6 dias de evolução. Negava trauma. No exame físico apresentava-se febril, com dor à mobilização da coxa direita, incapacidade funcional, crepitação à palpação, sem outros sinais inflamatórios ou de síndrome compartimental objetiváveis. Realizou RX do MID que revelou enfisema subcutâneo (figura 1). A TC MID (figura 2 e 3) e abdominopélvica demonstraram abcesso intramuscular no compartimento posterior da coxa direita com ponto de partida na escavação pélvica. Foi submetido a intervenção cirúrgica que revelou fasceíte necrotizante (FN) e fistulização da neoplasia do reto. Realizou drenagem do abcesso e foi transferido para o Serviço de Cuidados Intensivos. Completou ciclo de antibioterapia com meropenem e clindamicina. Apresentou agravamento clinico progressivo e falência multiorgânica pelo que apesar das medidas instituídas, faleceu 20 dias após o diagnóstico.

Conclusões: A FN é uma infeção dos tecidos moles profundos que resulta na destruição progressiva da fáscia muscular e da gordura subcutânea sobreposta.

Pelo curso fulminante da patologia, o diagnóstico precoce torna-se fundamental, sendo importante um elevado grau de suspeição clínica. O tratamento consiste em intervenção cirúrgica e antibioterapia.

PO 58

SEQUELAS DE UM AFOGAMENTO – UM CAUSA RADICAL DE ARDS

Luis Henrique Luz; Tatiana Pires; Ana Ferrão; Sandra Cunha; Maria João Costeira; Maria Jesus Banza
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Os autores apresentam o caso de um jovem de 29 anos transportado para o serviço de urgência após afogamento em contexto de acidente desportivo. Encontrou-se inconsciente por 10 minutos (dos quais 6 submerso) requerendo apenas suporte ventilatório não invasivo, que iniciou precocemente.

A entrada de água no trato respiratório produz *wash-out* do surfactante pulmonar resultando em edema pulmonar não cardiogénico e síndrome de dificuldade respiratória aguda.

É essencial recordar as potenciais complicações agudas de afogamento e assegurar a disponibilidade de suporte orgânico face a eventual descompensação, mesmo em doentes inicialmente estáveis.

Durante o estudo complementar realizou tomografia torácica cujas imagens documentam

de forma evidente os achados de ARDS, pneumotórax e pneumomediastino.
Os autores propõem-se a, partindo dos resultados imagiológicos apresentar uma revisão sistematizada da fisiopatologia, clínica e abordagem das situações de afogamento.

PO 59

UMA CAUSA INCOMUN DE ANEMIA HEMOLÍTICA

Elisabete Dulce da Cunha Mendes; Nídia Calado; Jerina Nogueira; Rúben Raimundo; Djenabu Cassama; Augusto Mendonça; Isabel Soles
Hospital Portalegre

A anemia hemolítica não é uma situação comum e a maioria dos casos tem etiologia autoimune, corpuscular ou iatrogénica (farmacológica). Este caso clínico mostra uma causa rara de anemia hemolítica, cujo diagnóstico não é fácil e implica a exclusão de outras causas.
Apresenta-se o caso de um homem de 69 anos, com antecedentes pessoais de fratura do úmero esquerdo, amaurose traumática do olho direito e bronquite crónica, ex-fumador, com hábitos etanólicos ligeiros e dieta sem restrições. Não fazia qualquer medicação habitual. Recentemente, tinha cumprido terapêutica com antibiótico que não sabia especificar.
Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de astenia, cansaço fácil para esforços e edema dos membros inferiores. Ao exame objetivo, apresentava-se apirético, hipotenso, taquicárdico, com pele e escleróticas ictéricas, auscultação pulmonar com fervores crepitantes bibasais e membros inferiores edemaciados. Analiticamente, à admissão, destacava-se anemia grave (Hemoglobina 3g/dL), LDH elevada e hiperbilirrubinémia indireta.
Foi internado para estudo de anemia grave, muito sugestiva de anemia hemolítica. Tratava-se de uma anemia normocítica normocrómica, com reticulócitos baixos. O esfregaço de sangue periférico mostrou anisocitose e neutrófilos hipersegmentados. Salienta-se que o teste de Coombs Direto foi negativo. As serologias autoimunes foram negativas, tal como as serologias para vírus hepatotróficos. No entanto, foram identificados valores muito baixos de vitamina B12 e ácido fólico. A ecografia abdominal não mostrou alterações relevantes.
Admitiu-se anemia hemolítica no contexto de défice de ácido fólico e vitamina B12, não se podendo excluir a iatrogenia associada ao uso de antibiótico. Foi iniciada suplementação com cianocobalamina e ácido fólico com melhoria gradual dos valores de hemoglobina. Atualmente, o doente mantém seguimento em consulta, sem recorrência da anemia. Foi excluída a hipótese de anemia perniciosa.
Habitualmente, o défice de ácido fólico e/ou vitamina B12 associa-se a anemia macrocítica por défice de produção. Neste caso, foi responsável por hemólise, uma apresentação incomum, mas que devemos ter em consideração.

PO 60

O DESAFIO DOS DISTÚRBIOS IÓNICOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Leonor Naia; João Faustino; Alexandre Sarmento; Mónica Mata; Cláudia Rosado; Margarida Eulálio; Rosa Jorge
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Os distúrbios iónicos são achados comuns no Serviço de Urgência (SU). A hipercaliemia (hiperK^+) apresenta um espectro variado de manifestações clínicas, desde formas assintomáticas, até alterações graves e potencialmente fatais. A disfunção neurológica é uma manifestação possível, normalmente associada a concentrações séricas de K^+ superiores a 7mEq/L, podendo mimetizar outras entidades clínicas.
Caso Clínico: Homem de 59 anos, admitido no SU por parestesias e diminuição da força muscular a nível dos membros inferiores com 2 horas de evolução. Sem antecedentes ou medicação crónica. À admissão, ECG 15, apirético, normotenso e normocárdico (FC 86bpm), com parésia dos membros inferiores de predomínio distal (FM grau 2) e do membro superior direito (FM grau 3), com arreflexia generalizada. Foi ativada a Via Verde AVC e realizou TC e angio-TC-CE sem evidência de lesões vasculares nem alterações estruturais; ECG em ritmo sinusal, com ondas T apiculadas nas derivações laterais.
Analiticamente, Hb 6,6g/dL, Creatinina 11,18 mg/dL, Ureia 275,7mg/dL, K^+ 10,18mEq/L, PCR

1,89mg/dL; acidemia metabólica (pH 7,292, $HCO3^-$ 11,8mmol/L) e Lactatos 1,08mmol/L. Foi algaliado com drenagem de 900cc de urina piúrica e a ecografia mostrou rins normodimensionados, com redução da diferenciação e da espessura do parênquima, e dilatação pielocalicial bilateral, sem obstáculo visível. Foi iniciada, prontamente e de forma intensiva, a correção da hiperK^+, com evidente melhoria dos défices após atingir K^+ de 8mEq/L, e sua resolução completa após normalização da caliemia. Foi internado para estudo: urocultura positiva para *Klebsiella oxytoca*, tendo realizado ciclo de antibioterapia; TC descartou litíase renal, confirmando dilatação pielocalicial bilateral e de toda a extensão dos ureteres até à bexiga, esta com espessamento parietal difuso. Foi assumida lesão renal aguda em doença renal crónica de provável causa pós-renal por uropatia obstrutiva baixa, cuja etiologia, atualmente, ainda se encontra em estudo e com creatinina de 4mg/dL.

Conclusão: Os autores alertam para uma causa pouco comum mas reversível de défice neurológico agudo, que requer diagnóstico e tratamento atempados pelo risco de arritmias potencialmente fatais. Apesar das manifestações inespecíficas e a ausência de fatores de risco identificados na história que predispunham à hiperK^+, os distúrbios iónicos devem ser equacionados no diagnóstico diferencial de alterações neurológicas agudas/subagudas.

PO 61

COMPRESSÃO MEDULAR – UMA ENTIDADE A LEMBRAR NO CARCINOMA HEPATOCELULAR

Leonor Naia; Tiago Valente; Tiago Rabadão; Ana Araújo; Pires Geraldo; Margarida Eulálio; Rosa Jorge
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A compressão medular é uma urgência oncológica associada sobretudo a neoplasias hematológicas, da mama, do pulmão e da próstata. O diagnóstico e tratamento atempados são essenciais de forma a evitar o compromisso neurológico irreversível. Apesar da metastização óssea ser frequente no carcinoma hepatocelular (CHC), são raros os relatos de compressão medular associados.

Caso Clínico: Homem de 65 anos, com *performance status* 0, admitido no Serviço de Urgência por dorsolombalgia de ritmo misto e sem resposta à terapêutica analgésica, associada a parestesias abaixo da linha axilar, com 1 mês de evolução. Antecedentes de cirrose hepática alcoólica (classe A de *Child-Pugh*) complicada com CHC - nódulo único submetido dois anos antes a terapêutica curativa locorregional com termoablação (recusou transplante hepático), sob controlo regular e sem sinais de recidiva; medicado com bisoprolol e oxazepam. À admissão, dor à palpação vertebral de D4-D5, com nível sensitivo a este nível. Analiticamente, Hb 13,8g/dL, INR 1,1, Na^+ 121mEq/L, AST 66U/L, ALT 110U/L, FA 135U/L, GGT 407U/L, Bilirrubina Total 0,95mg/dL e alfa-fetoproteína 2055,5ng/mL. A TC e RM da coluna mostraram lesão expansiva osteolítica em D4, com extensão ao interior do canal vertebral e compressão da vertente posterolateral da medula, bem como metástases em D9 e D12. O doente foi submetido a cirurgia descompressiva e biópsia de D4. O estudo imunohistoquímico da lesão mostrou positividade para CAM 5.2 e para o antigénio específico do hepatócito, sendo compatível com metástase de CHC. Do restante estudo: a TC-TAP mostrou crescimento do nódulo submetido previamente a termoablação com lesões satélite associadas, e a PET lesão do lobo hepático direito e metastização peritoneal, ganglionar e óssea; foi assumida hiponatremia em contexto paraneoplásico. Realizou 5 ciclos de radioterapia paliativa, com melhoria das queixas álgicas e recuperação funcional parcial. Faleceu um mês depois.

Conclusão: Os autores alertam para uma apresentação pouco comum do CHC, que deve ser equacionada perante sintomas neurológicos e dor a nível da coluna vertebral. O diagnóstico precoce aumenta a probabilidade de recuperação funcional e neurológica completas, assim como o controlo da dor. Doentes com CHC em estadio C/D dos critérios de *Barcelona Clinic Liver Cancer* apresentam mau prognóstico pela limitação de tratamentos disponíveis, sendo o paliativo a única opção na maioria dos casos.

PO 62

PARESIA DE TODD, UMA FALSA VIA-VERDE DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Tiago Castilho Gomes M Mascarenhas; Manuel Ribeiro; Teresa Vilaça; Sérgio Borges; Ana Costa
CH Oeste- Torres Vedras

Doente com défices neurológicos agudos têm indicação para observação imediata no serviço de urgência (SU) e eventual ativação de protocolos de "Via Verde do AVC". A caracterização correta da sintomatologia é fundamental para uma orientação adequada.
Os autores apresentam o caso de uma mulher de 79 anos, admitida no SU por diminuição da força do membro superior direito, afasia e desvio da comissura labial com cerca de 90min de evolução. Antecedentes pessoais de AVC em 2018 sem sequelas, hipertensão arterial essencial, craniectomia frontal esquerda por tumor cerebral benigno com encefalomalacia sequelar. À observação inicial encontrava-se vígil, afásica, sem aparentes oftalmoparesias, paresia facial central à direita, hemiparesia direita (grau I), reflexo calcâneo-plantar em flexão à esquerda e em extensão à direita. Realizou angiotomografia cranioencefálica que não revelou alterações agudas. Apresentou recuperação parcial e espontânea do quadro, mantendo afasia. Durante a permanência no SU teve crise convulsiva tónico clónica generalizada, com agravamento dos défices focais.
Os autores apresentam este caso de paresia de Todd, por ser um fenómeno pós-ictal pouco frequente. Pode ocorrer até 13% dos casos de convulsão. Caracteriza-se por um défice neurológico transitório após uma crise convulsiva, mais frequente após convulsões tónico-clónicas generalizadas. Deve ser considerado como diagnóstico diferencial em situações de emergência neurológica que podem requerer intervenções invasivas ou um tratamento específico. Tem excelente prognóstico, dado que os défices são autolimitados e não requerem intervenção específica.

PO 63

UM CASO RARO - LEUCEMIA PLASMOCÍTICA AGUDA

Ana Paula Rezende; Elisabete Mendes; Jerina Nogueira; André Mendes; Joana Cochicho; José Miguel Silva; Adriano Mendes; Djenabu Cassama; Rúben Raimundo; Nídia Calado; Armando Nodarse; Isabel Soles
Hospital Distrital de Portalegre

A Leucemia Plasmocítica Aguda é uma neoplasia dos plasmócitos que caracteriza-se por um aumento da produção de uma imunoglobulina monoclonal. É uma patologia rara e afeta 2 a 4/100.000 habitantes. A idade média de apresentação é por volta dos 65 anos. A etiologia é desconhecida, embora sejam sugeridos fatores genéticos, radiação e agentes químicos.
Doente do sexo masculino, 52 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro clínico de lombalgia com 3 meses de evolução, com limitação progressiva da mobilidade, atualmente com incapacidade para deambular. Associa-se perda ponderal de cerca de 20 Kg nesse mesmo período de tempo. Analiticamente, destaca-se bicitopenia (anemia e trombocitopenia), com hipercalcémia e alteração da função renal. Fez estudo da eletroforese das proteinas onde há aumento das cadeias alfa 2 , beta e gamma. A radiografia de crânio revelou lesões líticas multifocais bem definidas. Fez ressonância magnética da coluna dorso-lombar que mostrou: "deformação em cunha de vértice anterior dos corpos vertebrais de D12 e L1, L2, L3 e L5, assim como, fratura patológica de L4, condicionando agravamento da estenose do canal central, sobretudo à direita, com conflito de espaço. Todas estas fracturas patológicas são consequência da infiltração celular neoplásica, da medula óssea hematopoiética". No internamento, foi realizado um mielograma que foi compatível com leucemia plasmocítica aguda.
O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possivel e consiste em quimioterapia associado a corticoterapia. O diagnóstico precoce é fundamental para o início do tratamento ser o mais breve possível. Trata de uma doença incurável e com prognóstico reservado.

Neste caso, a história clínica e os exames complementare realizados aquando da admissão no serviço de urgência permitiram levantar a suspeita clínica de uma neoplasia hematológica e orientar o estudo para esclarecimento dessa mesma hipótese.

PO 64

INTOXICAÇÃO POR HIDROCARBONETOS

Pedro Maia Neves; Sofia de Almeida; Sofia Moura de Azevedo; Vital da Silva Domingues; Teresa Mendonça
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: No serviço de urgência assim como na prática da medicina em geral os sentidos do médico são importantes elementos para um bom exame físico. Quer no caso de hálito cetónico ou intoxicações exposicionais pode guiar um diagnóstico.

Caso clinico: Homem, 54 anos, com antecedentes de diabetes Mellitus tipo 2 recorre ao serviço de urgência por quadro de tremores, dorsalgia e vómitos alimentares com três horas de evolução. Segundo o próprio exposição importante no próprio dia a hidrocarbonetos sendo o cheiro notável durante a entrevista clinica. A gasometria demonstrava hipoxia sem sinais de falência respiratória global ou acidemia, glicemia 339 mg/dL.

Face ao quadro de intoxicação com hidrocarbonetos procedeu-se à lavagem do doente. Foi administrada de oxigenoterapia suplementar e broncodilatação face ao broncospasmo induzido pelo tóxico. A radiografia de tórax obtida às 4 horas após exposição (Figura 1) demonstrava opacidades bilaterais. Sem alterações eletrocardiográficas, da função renal ou hepática.

Apesar das medidas o doente acabou por passar por uma fase de prostração e sonolência que se revelou autolimitada. A insuficiência respiratória resolveu ao longo do período de vigilância tendo o doente tido alta sem disfunções. Conselhos de proteção individual no local de trabalho foram aconselhadas.

Discussão: A intoxicação por hidrocarbonetos pode ocorrer de forma voluntária ou acidental sobretudo através da inalação e ingestão. A abordagem de emergência consiste em remover o estimulo tendo especial atenção durante a abordagem ao doente aos atingimentos respiratórios, neurológicos e cardíacos que podem advir da intoxicação.

PO 65

UM CASO DE NEFROTOXICIDADE INDUZIDA PELA VANCOMICINA

Pedro Maia Neves; Sofia de Almeida; Sofia Moura de Azevedo; Vital da Silva Domingues; Teresa Mendonça
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O tratamento com vancomicina continua a fazer parte da primeira linha de tratamento de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistentes ou, de forma empírica, caso haja essa suspeita. O desenvolvimento de lesão renal aguda é um dos principais efeitos adversos que acontece em cerca de 10% dos doentes sob dose standard. A existência de fatores de risco como outros nefrotóxicos, desidratação, idade avançada ou doença renal crónica contribui para uma maior frequência e magnitude do dano renal.

Caso Clínico: Um homem de 76 anos com história de material protésico na coluna dorsal após fratura traumática há 1 ano fica internado eletivamente após infeção tardia do local cirúrgico. De referir história de hipertensão, sem medicação à data de admissão.

Foi submetido à remoção do material protésico tendo iniciado antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactan e vancomicina. Durante o internamento evolução aparentemente favorável com resolução da febre e normalização dos parâmetros inflamatórios. Em D5 de internamento objetivado agravamento da função renal não oligúrica tendo sido pedida a orientação por medicina interna.

Pela história, assumido nefrotoxicidade em contexto da vancomicina corroborado laboratorialmente por níveis séricos tóxicos. A antibioterapia com piperacilina-tazobactan e vancomincina foi suspensa tendo-se iniciado flucloxacilina de acordo com isolamento de S. aureus meticilino-sensivel no material prostésico. Foram ainda instituídas medidas de expansão de volume e a medicação foi revista de modo a evitar outros nefrotóxicos.

Do estudo, no sedimento urinário não foram isolados células tubulares renais ou eosinófilos sendo o aparecimento de cilindros hialinos sobretudo em quantidade reduzida achados muito inespecificos. Neste contexto de agravamento da função renal o doente desenvolveu um quadro de hipertensão arterial secundária com necessidade transitória de antihipertensores. Realizado ainda imagem renal a excluir complicações.
Em D15 após suspensão da vancomicina havia uma melhoria de 69.7% da função renal e resolução do perfil tensional hipertensivo. O doente voltou ao domicilio tendo sido encaminhado para consulta de Medicina Interna para seguimento.
Conclusão: A nefrotoxicidade induzida pela vancomicina afeta as células tubulares proximais. Os reportes de necrose tubular aguda ou nefrite intersticial aguda são raros e sobretudo nos casos em que acontece biopsia. O tratamento concomitante com vancomicina e piperacilina-tazobactan parece ter um efeito sinérgico sobretudo na excreção de creatinina por inibição dos transportadores de aniões inorgânicos 1 e 3 nas células tubulares proximais.

PO 66

INFILTRAÇÃO E CONSTRIÇÃO - QUANDO UM MAL NÃO VEM SÓ

Marta Quaresma[1]; Ana Cristino[2]; Hugo Miranda[2]; Nelson Barros[2]; Francisco Esteves[2]
[1]HVFXira; [2]CH Trás os Montes

Apesar dos avanços da terapêutica do choque cardiogénico (CC), este continua a ser uma entidade com elevada mortalidade. Embora avanços recentes na terapêutica farmacológica e de assistências ventriculares, a sua abordagem continua a ser extremamente complexa.
Relata-se o caso de uma doente do sexo feminino, 20 anos, admitida na Sala de Emergência (SE) por CC . Inicialmente internada para estudo de massa mediastínica infiltrativa, com posterior diagnóstico de LNH ce´lulas B de alto grau, com extenso envolvimento cardíaco, principalmente ventricular direito, assim como grandes vasos, sulco AV e pericárdio. Durante o internamento foi iniciada corticoterapia e quimioterapia (QT) (R-CHOP), tendo sido admitida na SE, nas primeiras 24 horas após início do QT.
À avaliação na SE apresentava score de glasgow 14 (V3O5M6), febril, taquipneia marcada (FR 40cpm), taquicardia sinusal, hipotensão, extremidades frias, tempo de perfusão aumentado, e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido bilateralmente; gasometricamente com insuficiência respiratória tipo 1 e acidémia metabólica com hiperlactacidemia; Analitica-mente: Hb 8,5 g/dl, leucocitos 16440/ul,com 88% neutrófilos, PCR 6,8 mg/dl, CK 690, LDH 963, TropT 0,1, Mioglobina 1583, ProBNP 3778, CK-MB 11,8.
A destacar ainda SvcO2 de 11% e delta CO2 de 6. Ecocardiograma transtorácico (ecoTT) a evidenciar infiltração, dilatação e disfunção marcada do ventrículo direito, com padrão constritivo, assim como alguma infiltração do ventrículo esquerdo.
Foi assumida disfunção ventricular direita em contexto de lise tumoral e toxicidade à QT, tendo-se verificado choque cardiogénico refratário sob suporte inotrópico e vasopressor (dobutamina + noradrenalina + terlipressina).
Por falência VD, sem resposta a aminas, colocada hipótese de assistência temporária ventricular direita- impella direito ou ECMO VA, que foi recusada por prognóstico reservado**.** Sob terapêutica instituída verificou-se melhoria lenta e progressiva da função ventricular direita. No entanto por imunossupressão com nadir com leucopenia severa, teve como intercorrência infecção respiratória nosocomial, com bacteriémia, evoluindo com choque séptico refractário com disfunção multiorgânica. Óbito após 7 dias de Unidade de Cuidados Intensivos.
O nosso caso ilustra a dificuldade da abordagem do choque cardiogénico refractário, num centro sem recurso a assistências de curta duração, onde uma complicação infecciosa desencadeou um choque misto refractário a todas as medidas instituídas.

PO 67

UM CASO DE POLIARTRITE

Pedro Mesquita; Daniela Carneiro; Inês Urmal; João Teixeira; Beatriz Barata; Elisabete Sousa; Manuel Albuquerque; Carlota Lalanda; Jorge Frade; Luís Vale
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A artrite reativa foi a primeira vez descrita em 1969 como "uma artrite que ocorre após uma infecção mas que o organismo não pode ser isolado na articulação".
Historicamente definida como a tríade clínica de artrite pós-infeciosa, uretrite e conjuntivite, antigamente chamado de Síndrome de Reiter. Os aspectos clínicos que caracterizam a artrite reactiva são um intervalo de dias/semanas entre uma infecção e o início da artrite, que se manifesta tipicamente num padrão mono ou poliarticular e que envolve frequentemente os membros inferiores e está também por vezes associado a dactilite e entesite.
Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 29 anos de idade, com história de adenopatias inguinais. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de poliartralgias com 3 dias de evolução, de início súbito, inicialmente de caracteristicas mecânicas, mas com progressão para características inflamatórias. Sem queixas gastrointestinais ou genitourinárias associadas.
No SU constatou-se poliartralgia simultânea das articulações do punho esquerdo, do joelho direito, das metatarso-falangicas do 3º, 4º e 5º dedos do pé esquerdo e tornozelo direito, sem adenomegalias palpáveis e lesões herpéticas nos lábios.
O estudo analítico revelou aumento dos parâmetros inflamatórios, sem nenhuma outra alteração de relevo, foram colhidas hemoculturas e urocultura sendo posteriormente internado para estudo.
Tendo como hipóteses diagnósticas mais provaveis poliartrite reactiva e auto-imune, foi realizado estudo imunológico que se revelou negativo, e foi pedido estudo serológico amplo. Realizou ecografias do punho e tornozelo que evidenciaram edema e espessamento do aparelho tendinoso e sinovial associado a derrame articular.
Concomitantemente assistiu-se a uma subida franca dos parâmetros inflamatórios, iniciou neste contexto doxiciclina.
Durante o internamento com regressão das queixas álgicas articulares, mantendo apenas ligeira dor no punho com a mobilização, melhoria dos parâmetros inflamatórios, assim teve alta medicado com anti-inflamatório não esteroide e com indicação para manter antibiótico.
Em consulta pós internamento constatou-se melhoria significativa do quadro clínico e a positividade da serologia para o anticorpo anti-*Chlamydia trachomatis IgG.*
Conclui-se então o diagnóstico de poliartrite reactiva após infecção por *Chlamydia trachomatis.*
Discussão: Os autores pretendem enfatizar uma entidade pouco comum, que quando despoletada por uma doença sexualmente transmissível é também referida como SARA (*sexually acquired reactive arthritis*). Recidivas são mais frequentes em artrites reativas secundárias a infecções por chlamydia, sendo que cerca de 15-30% dos doentes têm artrite crónica ou recorrente crónica, sacroileíte ou espondilite.