VIANA DO CASTELO · 27-29 MAIO 2016

CASTELO SANTIAGO DA BARRA / IPVC

Índice de Resumos

XXII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

V CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA INTERNA

**Viana: porta do Atlântico,
porto da Medicina**

SEMI

Bayer HealthCare

INDICE GERAL

Editorial 4

Prémios 5

Agradecimentos 6

Listagem dos Referees 7

Índice de Comunicações Orais 9

Índice de Imagens de Medicina Interna 21

Índice de Posters 31

Comunicações Orais 64

Imagens de Medicina Interna 150

Posters 191

EDITORIAL

Prezados Colegas,

Temos a grata satisfação de recebê-los em Viana do Castelo para o **XXII Congresso Nacional de Medicina Interna e V Congresso Ibérico de Medicina Interna**. Nesta cidade atlântica do Norte de Portugal, onde o mar, o rio e a montanha se conjugam numa paisagem arrebatadora, criamos o palco ideal para a realização de um congresso que alvitramos como inovador e marcante e que une os internistas de Portugal e Espanha.

Sob o mote "**porta do Atlântico, porto da Medicina**" vamos abordar diversas áreas da nossa especialidade. Do programa, dirigido aos especialistas, internos e investigadores, fazem parte temas atuais, estabelecidos ou controversos. Na sua planificação tivemos a consciência de que a medicina é complexa e a inteligência científica de cada um depende não apenas da aprendizagem individual mas também do conhecimento da experiência dos colegas.

Iniciamos a programação com 11 Cursos Pré Congresso. Reunimos 210 palestrantes com reconhecida experiência e perícia nas suas áreas de atividade, que expõem os seus conhecimentos nos diversos debates, mesas redondas, *worshops* e *updates* que constituem o programa científico. Revisitamos os grandes temas "clássicos" da Medicina Interna e abordamos outros que são emergentes. Diabetes, Cirrose Hepática, Insuficiência Cardíaca, Infeção por VIH, Medicina de Urgência, Doenças AutoImunes, Doenças Vasculares Cerebrais, Doenças Raras, Doenças Pulmonares, Infeções e Resistência aos antibióticos constituem assuntos de particular realce na programação científica. Também os Cuidados Paliativos, a abordagem do Doente Crónico e aspetos relevantes no doente geriátrico, são outros conteúdos versados. A qualidade no exercício da medicina, assim como na produção científica, fazem parte dos temas para debate. Mas o desempenho de uma boa medicina não se confina à atividade dos médicos. Na prestação dos cuidados de saúde ao doente, o trabalho em grupo determina o resultado final, pelo que dispomos de uma Sessão de Enfermagem. Outros aspetos do exercício médico e avanços científicos são abordados, tendo como desígnio a atualização de conhecimentos e a troca de ideias, visando a melhoria contínua de nossa atividade profissional

Recebemos 2245 resumos de trabalhos para apresentação, sendo aprovados 1934 após análise criteriosa. Serão atribuídos prémios aos melhores trabalhos.

Estreitamos ainda mais os nossos laços com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna, a Sociedade Galega de Medicina Interna e a European Federation of Internal Medicina, também aqui representadas por palestrantes de renome.

Um Congresso desta magnitude só pode ser elaborado com o apoio de muitas pessoas e Instituições, que entenderam a realização deste evento como um encontro essencial para a comunidade médica e o local de onde pode ser desenvolvido o conhecimento e experiência para atender, de forma ainda mais apropriada, aqueles que nos movem no dia-a-dia: os doentes.

A todos agradecemos penhoradamente.

Com a vossa presença e contributo, Viana do Castelo está preparada para ser, agora, o porto da medicina.

Esperamos que aproveitem ao máximo a participação no Congresso e que deste porto possam levar uma Medicina Interna forte e eficiente.

Diana Guerra

Presidente do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna e V Congresso Ibérico de Medicina Interna

PRÉMIOS

PRÉMIOS PARA OS MELHORES TRABALHOS APRESENTADOS NO CONGRESSO

Os Trabalhos selecionados para discussão e as Imagens aceites no XXII Congresso Nacional de Medicina Interna e V Congresso Nacional de Medicina Interna são automaticamente candidatos aos prémios instituídos. Cada moderador pontuará os trabalhos e os melhores serão apresentados no último dia do Congresso, perante um Júri designado previamente para atribuição dos prémios.
Da decisão dos Júris não haverá recurso, pois esta é soberana na atribuição dos prémios e na resolução de qualquer questão processual.

Prémios
Melhor Trabalho de Investigação em Comunicação Oral
Melhor Trabalho de Investigação em Poster.
Melhor Caso Clínico em Comunicação Oral
Melhor Caso Clínico em Poster
Melhor Imagem em Medicina
GERMI/Bayer: Melhor Comunicação Oral ou Poster no âmbito da Geriatria

Além de prémio pecuniário as primeiras quatro categorias incluirão, cada, um cheque livro da LIDL no valor de 75€ e a quinta categoria o livro "Conn´s Current Therapy.
O Prémio GERMI/Bayer consiste no livro de Geriatria "Tratado de Geriatria e Gerontologia", Editores: Elizabete Viana de Freitas e Lígia Py. Editora Guanabara Koogan Lda" É patrocinado pela Bayer Portugal.

Júri

- **Prémio para melhor trabalho de investigação em CO**:
  Diana Guerra
  Manuel Teixeira Veríssimo
  José Ávila Costa

- **Prémio para melhor trabalho de investigação em Poster**:
  Olga Gonçalves
  Armando Carvalho
  António Rodrigues Dias

- **Prémio para melhor caso clínico em CO**:
  Lélita Santos
  Luís Campos
  António Martins Baptista

- **Prémio para melhor caso clínico em Poster**:
  Maria da Luz Brazão
  João Araújo Correia
  Fernando Santos

- **Prémio para melhor Imagem em Medicina**:
  Cristina Roque
  Jorge Crespo
  Carlos Dias

- **Prémio GERMI/Bayer**:
  Heidi Gruner
  Helder Esperto
  Sofia Duque

AGRADECIMENTOS

A comissão organizadora do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna e V Congresso Ibérico de Medicina Interna agradece aos autores a submissão de 2245 trabalhos.

Foram aceites 1934 (86%) na forma de:

- Comunicações orais: 303
- Imagens em Medicina: 359
- Posteres: 1272

E distribuídos por temas da seguinte forma:

TEMA	TOTAL
Doenças Autoimunes e vasculites	183
Doenças Cardiovasculares	219
Doenças Endócrinas e metabólicas	138
Doenças Gastroenterológicas	103
Doenças Hematológicas	178
Doenças Hepáticas	48
Doenças Oncológicas	213
Doenças Renais	46
Doenças Respiratórias	101
Doenças Reumatológicas	28
Medicina Geriátrica	20
Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios	35
Medicina Intensiva	19
Doença Cerebrovascular e do Sistema Nervoso Central (SNC)	106
Outros	128
Doenças Infecciosas e Parasitárias	323
Cuidados Paliativos	11
Organização de Serviços de Saúde e Qualidade	35
Total	**1934**

A comissão organizadora do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna e V Congresso Ibérico de Medicina Interna agradece aos *referees* a classificação dos *abstracts*.

REFEREES

Listagem dos Referees que participaram na classificação dos Abstracts

Adélia Simão
Aida Cordero Botejara
Alberto Mello e Silva
Alfredo Martins
Álvaro Coelho
Amélia Pereira
Amílcar Lima Silva
Ana Costa Figueiredo
Ana Lisa
Ana Lourenço
Ana Nascimento
Ana Paiva Nunes
Ana Rita Cruz
Ana Sofia Silva
Anabela Oliveira
Andriy Bal
António Aragão
António Furtado
António Marinho
António Monteiro
António Oliveira e Silva
António Panarra
Armando de Carvalho
Arsénio Santos
Augusta Pereira
Beatriz Gusmão
Betânia Ferreira
Carina Silva
Carla Meira
Carla Noronha
Carlos Capela
Carlos Ferreira
Carlos Gasparinho
Carlos Godinho
Carlos Monteverde
Carlos Oliveira Barcelos
Carlos Ribeiro
Carlos Vasconcelos
Carmélia Rodrigues
Clara Paiva
Clarinda Neves
Cláudia Fraga
Conceição Barata
Costa Matos
Cristina Alcântara
Cristina C. Ãngela
Cristina Lima
Cristina Roque
Diana Leite
Diogo Cruz
Edgar Torre
Eduardo Haghighi
Elga Freire
Elsa Gaspar
Emília Guerreiro
Emília Louro
Eugénia Madureira
Fátima Campante
Fátima Grenho
Fátima Pinto
Fernanda Paixão Duarte
Fernando Maltez
Ferraz e Sousa
Filipa Gomes
Filipa Malheiro
Filipa Tavares
Filipe Basto
Filipe Perneta
Florbela Gonçalves
Francisco Araújo
Francisco Esteves
Gonçalo Rocha
Gracinda Brasil
Guilherme Gama
Hélder Esperto
Helena Estrada
Helena Sarmento
Helena Silva
Helena Terleira
Ivone Barracha
Ivone Ferreira
Joana Vedes
João Andrade
João Araújo Correia
João M. Lopes
João Pacheco Pereira
João Patrício de Freitas
João Porto
João Sá
João Saavedra
João Sequeira
Jorge Cotter
Jorge Governa
Jorge Leitão
Jorge Martins
Jorge Poço
José Barata
José Borges Martins
José Malhado
José Pimenta da Graça
José Presa
Lélita Santos

Listagem dos Referees que participaram na classificação dos Abstracts

Lia Marques
Luís Brito Avô
Luís Campos
Luís Costa Matos
Luís Duarte Costa
Luís Filipe Dias
Luís Freitas
Luísa Azevedo
Luísa Fonseca
Luísa Guerreiro
Luísa Rebocho
Mafalda Santos
Manuel Ferreira
Manuel João Alberto
Marco Fernandes
Margarida Coelho
Margarida Mota
Maria da Luz Brazão
Maria de Fátima A. e Silva
Maria de Jesus Banza
Maria do Céu Rocha
Maria Domitília Faria
Maria Helena Pacheco
Maria João Lobão
Maria João Regadas
Maria Júlia Amorim
Maria Mercedes Agundes
Maria Moyano
Maria Ramallo
Maria Rosário Araújo
Maria Rosário Rodrigues
Maria Teresa Rodrigues
Mariano Velez
Marina Bastos

Marina Santos
Mário Lázaro
Marta Gomes
Marta Sousa
Martins Baptista
Narciso Oliveira
Nuno Bernardino Vieira
Nuno Bragança
Nuno Morais
Olga Gonçalves
Patrícia Dias
Paula Alcântara
Paula Augusto
Paula Baptista
Paula Felgueiras
Paulo Araújo
Paulo Subtil
Pedro Cunha
Pedro Marques da Silva
Pedro Moura
Pedro Neves
Pedro Ribeiro
Pilar Laguna
Rafaela Veríssimo
Raquel Calisto
Raquel Lopez
Rita Monteiro
Rogério Corga da Silva
Rosa Balesteros
Rosário Lebre
Rosewitha Bawerle
Rubina Miranda

Rui Carneiro
Rui Garcia
Rui Marques Santos
Rui Moço
Rui San-Bento
Sara Freitas
Sofia Duque
Sofia Granito
Sofia Lourenço
Soraia Oliveira
Susana Calretas
Susana Marques
Susana Neves Marques
Telo Faria
Teresa Branco
Teresa Cardoso
Teresa Cruz
Teresa Faria
Teresa Fonseca
Teresa Macedo
Teresa Pimentel
Teresa Vaio
Tiago Veiga
Valente Fernandes
Vasco Barreto
Vítor Branco

COMUNICAÇÕES ORAIS

COMUNICAÇÕES ORAIS

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — QUINTA - 26 - 18H30 — ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1 — 65

CO-01-01 UM CASO DE HEPATITE AUTO-IMUNE
CO-01-02 DE ESPONDILOARTRITE PSORIÁTICA A SAPHO (THE SKIBO SYNDROME)
CO-01-03 VASCULITES ANCA POSITIVAS NOS "MUITO IDOSOS"- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-01-04 SARCOIDOSE GLANDULAR
CO-01-05 SÍNDROME DE LÖFFLER E NÃO SÓ
CO-01-06 SÍNDROME DE SJOGREN E DOENÇAS AUTO IMUNES DA TIROIDE: UMA RELAÇÃO PREVISÍVEL

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — QUINTA - 26 - 19H30 — ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1 — 66

CO-02-01 POLINEVRITE PARES CRANIANOS – APRESENTAÇÃO DE QUE ENTIDADE?
CO-02-02 GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE COM GRAVE ATINGIMENTO MULTI-ORGÂNICO E REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA
CO-02-03 SÍNDROME DE SJÖGREN: CASUÍSTICA DA CONSULTA DE DOENÇAS AUTOIMUNES
CO-02-04 CRISE RENAL ESCLERODÉRMICA- UMA SOBREPOSIÇÃO QUASE FATAL
CO-02-05 PET-CT: O SEGUIMENTO IMAGIOLÓGICO DA FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA.
CO-02-06 DIABETES MELLITUS SECUNDÁRIA A CORTICOTERAPIA – INCIDÊNCIA NUMA CONSULTA DE DOENÇAS AUTO-IMUNES
CO-02-07 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E ATEROSCLEROSE PREMATURA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — QUINTA - 26 - 18H30 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — 68

CO-03-01 SARCOIDOSE – A GRANULOMATOSE ESQUECIDA
CO-03-02 MONONEURITIS MULTIPLEX COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE VASCULITE ANCA POSITIVO
CO-03-03 UM MAL NUNCA VEM SÓ
CO-03-04 DOENÇA DE ADDISON - A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-03-05 MIOPATIA TÓXICA POR EXPOSIÇÃO À HIDROXICLOROQUINA
CO-03-06 FEBRE REUMÁTICA E ARTERITE DE TAKAYASU – DIFERENTES EXPRESSÕES FENOTÍPICAS DE UM MESMO DISTÚRBIO?

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — SEXTA - 27 - 08H00 — SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC — 70

CO-04-01 SARCOIDOSE MUSCULAR E HEPÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
CO-04-02 DOENÇA DE STILL NO ADULTO IDOSO
CO-04-03 UNDRESSING THE DRESS – UMA SÉRIE DE CASOS
CO-04-04 SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO: UM CASO DE DOENÇA DE KIKUCHI
CO-04-05 NEUROPATIA VASCULÍTICA NÃO SISTÉMICA IDIOPÁTICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO COM CONSEQUÊNCIAS DEBILITANTES
CO-04-06 UM CASO DE LESÃO RENAL AGUDA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — SABADO - 28 - 08H00 — CAPELA — 72

CO-05-01 VASCULITE AUTOIMUNE – DA DIVERSIDADE CLÍNICA AO DESAFIO DIAGNÓSTICO
CO-05-02 PARA ALÉM DO AVC
CO-05-03 ARTERITE DE TAKAYASU, UM CASO RARO NO IDOSO

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO-05-04 SARCOIDOSE, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
CO-05-05 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE ANTI-C3B COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA
CO-05-06 UMA APRESENTAÇÃO RARA DUMA DOENÇA RARA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — QUINTA - 26 - 18H30 — ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2 — 73

CO-06-01 INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO INTEGRADO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA TAXA DE REINTERNAMENTO/ CUSTOS COM A SÍNDROME.
CO-06-02 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA CONSULTA ESPECIALIZADA
CO-06-03 RELAÇÃO ENTRE A DETEÇÃO ISQUÉMICA NA CINTIGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA E A PRESENÇA DE ESTENOSE CORONÁRIA
CO-06-04 ENDOCARDITE INFECIOSA – RETRATO DE UMA DOENÇA EM MUDANÇA.
CO-06-05 ANTITHROMBOTIC STRATEGY FOR STROKE PREVENTION IN ELDERLY PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION – IS ANTIAGGREGATION A GOOD CHOICE?
CO-06-06 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FUNÇÃO SISTÓLICA PRESERVADA VERSUS REDUZIDA: DUAS FACES DE UMA MESMA MOEDA?

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — QUINTA - 26 - 19H30 — ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2 — 75

CO-07-01 DIFFERENTIATING FACTORS BETWEEN AORTIC AND MITRAL VALVE INFECTIVE ENDOCARDITIS
CO-07-02 ENDOCARDITE – CASUÍSTICA DE 10 ANOS
CO-07-03 TROMBOEMBOLIA PULMONAR: ANÁLISE DE FACTORES DE RISCO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.
CO-07-04 TROMBOEMBOLIA PULMONAR: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.
CO-07-05 MITRACLIP E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIREITA
CO-07-06 ENDOCARDITE INFECIOSA - DO DIAGNÓSTICO AO PROGNÓSTICO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — QUINTA - 26 - 18H30 — PAIOL — 77

CO-08-01 PREDITORES DE MORTALIDADE HOSPITALAR NO DOENTE MUITO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CO-08-02 ANGINA VASOESPÁSTICA E SÍNDROMA X CORONÁRIO COMO CAUSA DE PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA.
CO-08-03 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA POR PARVOVÍRUS B19
CO-08-04 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-08-05 ANTICOAGULAÇÃO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA
CO-08-06 ENDOCARDITE INFECIOSA, CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
CO-08-07 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA - UM SÍNDROME HETEROGÉNEO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — QUINTA - 26 - 19H30 — PAIOL — 79

CO-09-02 SÍNDROME DE EISENMENGER: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DA TERAPÊUTICA DIRIGIDA
CO-09-03 FIBRILHAÇÃO AURICULAR: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA
CO-09-04 AUDITORIA À PROFILAXIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA – 2 ANOS DEPOIS
CO-09-05 QUAL A VARIAÇÃO DO BNP A SER VALORIZADA EM CONTEXTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA
CO-09-06 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E IMATINIBE: UMA ASSOCIAÇÃO INDEVIDAMENTE DESVALORIZADA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — SEXTA - 27 - 08H00 — SALA DE ATOS - IPVC — 80

CO-10-01 FERROPENIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA: A FRAÇÃO DE EJEÇÃO IMPORTA?
CO-10-02 MASSA VALVULAR MITRAL – SERÁ SÓ ENDOCARDITE?
CO-10-03 IMPACTO DA CORREÇÃO DA FERROPENIA NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA
CO-10-04 ENDOCARDITE A HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE - UM CASO CLÍNICO

CO-10-05 AVALIAÇÃO DE RISCO DE RECORRÊNCIA E DECISÃO DO TEMPO DE HIPOCOAGULAÇÃO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO IDIOPÁTICO.
CO-10-06 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM SERVIÇO DE MEDICINA - ESTUDO RETROSPECTIVO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES SABADO - 28 - 08H00 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1 82

CO-11-01 FIBRILHAÇÃO AURICULAR: HIPOCOAGULAÇÃO ORAL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA
CO-11-02 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA OTIMIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA MÉDICA NA SOBREVIDA A MÉDIO PRAZO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR DISFUNÇÃO SISTÓLICA
CO-11-03 RELAÇÃO DA DOSE DE FUROSEMIDA E A SOBREVIDA EM DOENTES DE AMBULATÓRIO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO DIMINUIDA
CO-11-04 A FIBRILHAÇÃO AURICULAR COMO FATOR PREDITOR DE MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CO-11-05 CAUSA RARA DE ANGINA: FÍSTULAS CORONÁRIO-PULMONARES
CO-11-06 DIABETES, COLESTEROL E RISCO CARDIOVASCULAR NUMA CONSULTA DE DIABETOLOGIA.

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS QUINTA - 26 - 18H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3 84

CO-12-01 CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE INTERNADO POR CETOACIDOSE DIABÉTICA
CO-12-02 TUMOR NEUROENDÓCRINO PANCREÁTICO NÃO PRODUTOR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
CO-12-03 HIPOPITUITARISMO NUM JOVEM COM TUMOR SUPRASELAR RARO
CO-12-04 SERÁ O INTERNAMENTO DE MEDICINA UMA JANELA DE OPORTUNIDADE PARA A PESSOA COM DIABETES?
CO-12-05 QUEM PROCURA ENCONTRA – UMA MASSA DOIS DIAGNÓSTICOS.
CO-12-06 ALOPECIA UNIVERSAL... A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS SEXTA - 27 - 08H00 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3 85

CO-13-01 DIABETES E ANTIDIABÉTICOS: UM ATALHO PARA O CANCRO?
CO-13-02 QUANDO AS PERDAS DE CONHECIMENTO DE REPETIÇÃO NÃO SÃO DE CRISES VASOVAGAIS – DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
CO-13-03 DOENÇA DE ADDISON: UM DISTÚRBIO INDOLENTE
CO-13-04 UM CASO DE CRISE TIREOTÓXICA REFRACTÁRIO À TERAPÊUTICA MÉDICA
CO-13-05 UM CASO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA
CO-13-06 ANEMIA COMO MARCADOR DE PIOR PROGNÓSTICO NO SÍNDROME METABÓLICO

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS SABADO - 28 - 08H00 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3 87

CO-14-01 TROMBOSE E HIPERTIROIDISMO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-14-02 A SEPSIS QUE NÃO O ERA
CO-14-03 PERFIL E CASUÍSTICA NUMA CONSULTA DE DIABETOLOGIA.
CO-14-04 NEM TUDO O QUE PARECE É
CO-14-05 ATIPIA FOLICULAR DE SIGNIFICADO INDETERMINADO – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO
CO-14-06 ABORDAGEM DO DOENTE DIABÉTICO - PAPEL DO EXENATIDE

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS QUINTA - 26 - 18H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4 89

CO-15-01 BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA: REALIZADA POR QUEM, PARA QUÊ E COM QUE COMPLICAÇÕES?
CO-15-02 A RARE AND PECULIAR DIAGNOSIS BEHIND DYSPNEA: AN UNFORTUNATE CASE OF ESOPHAGEAL PERFORATION
CO-15-03 NEM TUDO O QUE PARECE É …. HEMATÚRIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA CELÍACA DO ADULTO
CO-15-04 USO DE INIBIDOR DA BOMBA DE PROTÕES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO-15-05 COLITE ISQUÉMICA - REALIDADE DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA
CO-15-06 UM CASO ATÍPICO DE SINDROME CONSTITUCIONAL

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS QUINTA - 26 - 19H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4 90

CO-16-01 SÍNDROME DE BOUVERET: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-16-02 DIEULAFOY DO CÓLON
CO-16-03 PILEFLEBITE, UMA ETIOLOGIA RARA DE TROMBOSE PORTAL
CO-16-04 PENSAR ANTES DE AGIR, A IMPORTÂNCIA DO INTERNISTA
CO-16-05 COLITE PSEUDOMEMBRANOSA - NEM SEMPRE SINONIMO DE INFEÇÃO A CLOSTRIDIUM DIFFICILE
CO-16-06 WALLED OF PANCREATIC NECROSIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-16-07 CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA – REVISÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS SABADO - 28 - 08H00 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4 92

CO-17-01 PLASMAFERESE VS TRATAMENTO CONSERVADOR NA PANCREATITE HIPERTRIGLICERIDÉMICA
CO-17-02 DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM CASO DE DIFÍCIL DECISÃO TERAPÊUTICA
CO-17-03 ADEQUAÇÃO DO USO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES (IBP): EXPERIÊNCIA DE 4 MESES DE UMA UNIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-17-04 HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
CO-17-05 APENDICITE CRÓNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-17-06 PANCREATITE AGUDA: MAIS DO QUE CÁLCULOS

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS QUINTA - 26 - 18H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5 94

CO-18-01 DÉFICE NEUROLÓGICO FOCAL NO ADULTO JOVEM – A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM HOLÍSTICA
CO-18-02 ANEMIA HEMOLÍTICA POR AGLUTININAS A FRIO COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA LINFOPLASMOCITICO EM DOENTE COM SÍNDROMA DE NIJMEGEN
CO-18-03 MUTAÇÃO C677T DO GENE MTHFR: CULPADA OU INOCENTE?
CO-18-04 MICOSE FUNGÓIDE: NEM TUDO É O QUE PARECE
CO-18-05 LINFOMA DE CÉLULAS T HEPATOESPLÉNICO – CASO CLÍNICO
CO-18-06 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO - UMA CAUSA RARA DE PANCITOPENIA

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS QUINTA - 26 - 19H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5 95

CO-19-01 SÍNDROME TORÁCICA AGUDA… NECESSÁRIO SUSPEITAR!
CO-19-02 AS DAMAS DE CORAÇÃO AMILÓIDE
CO-19-03 SÍNDROME DE HEYDE - A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS
CO-19-04 TRÊS LESÕES OSTEOLÍTICAS SOLITÁRIAS, TRÊS DOENÇAS HEMATOLÓGICAS DIFERENTES
CO-19-05 HEMOGLOBINA SOUTH FLORIDA – ACERCA DE UM CASO CLÍNICO
CO-19-06 DREPANOCITOSE E AVC DE REPETIÇÃO: O QUE ESTÁ POR DETRÁS DESTA RELAÇÃO?
CO-19-07 DESAFIO DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NK/T EXTRANODAL TIPO NASAL COM ENVOLVIMENTO MULTIORGÂNICO

DOENÇAS HEPÁTICAS SEXTA - 27 - 08H00 CAPELA 97

CO-20-01 LESÕES NODULARES HEPÁTICAS - UM CASO CLÍNICO
CO-20-02 MUTAÇÕES DO GENE HFE E HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA – CASUÍSTICA DE 10 ANOS
CO-20-03 REAL LIFE TRATAMENTO DA HEPATITE C – EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

CO-20-04 DOENÇA HEPÁTICA E PANCITOPENIA – COMPROMISSO "PARA ALÉM" DO FÍGADO
CO-20-05 HEPATITE AUTOIMUNE OU SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO COM CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA ?
CO-20-06 INFEÇÃO POR CMV: UMA CAUSA INCOMUM DE DESCOMPENSAÇÃO DE CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA

DOENÇAS HEPÁTICAS — SABADO - 28 - 08H00 — PAIOL — 99

CO-21-01 PELIOSE HEPÁTICA – CASO CLÍNICO
CO-21-02 OVERLAP SYNDROME HEPATITE AUTO-IMUNE / COLANGITE AUTO-IMUNE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-21-03 PÚRPURA E FEBRE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-21-04 "TEA TIME" PARA HEPATITE AUTOIMUNE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
CO-21-05 HEPATITE A VÍRUS DA HEPATITE E: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS
CO-21-06 SÍNDROMA DE OVERLAP - 50 ANOS DE (DES)CONHECIMENTO

DOENÇAS ONCOLÓGICAS — QUINTA - 26 - 18H30 — SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC — 101

CO-22-01 NEUTROPENIA FEBRIL EN UN HOSPITAL COMARCAL. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y UTILIZACIÓN DEL ÍNDICE DE MASCC.
CO-22-02 CARCINÓIDE MÚLTIPLO: UM DIAGNÓSTICO INCOMUM
CO-22-03 OS DOENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NOS SERVIÇOS DE MEDICINA – UM RETRATO DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-22-04 UM CASO DE LINFOMA OCULAR
CO-22-05 PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR DA GLÂNDULA SUPRA-RENAL COM RECORRÊNCIA CONTRALATERAL
CO-22-06 ENCEFALITE LÍMBICA AUTO-IMUNE PARANEOPLÁSICA – NEM TUDO O QUE PARECE, É.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS — QUINTA - 26 - 19H30 — SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC — 102

CO-23-01 SÍNDROME DE GARCIN – EXPRESSÃO RARA DE NEOPLASIA DA MAMA
CO-23-02 FIBROSE RETROPERITONEAL E CARCINOMA GÁSTRICO
CO-23-03 DERRAME PLEURAL: A PONTE PARA O DIAGNÓSTICO DE LINFOMA
CO-23-04 PRIAPISMO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA
CO-23-05 USO DE RITUXIMAB NO TRATAMENTO DE GANGLIONEURONOPATIA SENSITIVA ANTI-HU – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-23-06 O CARCINOMA HEPATOCELULAR NO SERVIÇO DE MEDICINA – REVISÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

DOENÇAS RENAIS — QUINTA - 26 - 19H30 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — 104

CO-24-01 CASUÍSTICA DE VASCULITES PAUCIMUNES NUM SERVIÇO DE NEFROLOGIA EM 7 ANOS
CO-24-02 SÍNDROME DA JUNÇÃO URETERO-PÉLVICA COMO CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-24-03 UROPATIA OBSTRUTIVA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-24-04 SÍNDROME NEFRÓTICA EM DOENTE COM PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA
CO-24-05 UM HEMATOMA DIFERENTE: SÍNDROME DE WUNDERLICH
CO-24-06 GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTICA ANTI-MEMBRANA BASAL COM ANTICORPOS ANTI-DSDNA POSITIVOS – CASO CLÍNICO
CO-24-07 SARCOIDOSE: UMA CAUSA MENOS FREQUENTE DE LESÃO RENAL

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS — QUINTA - 26 - 18H30 — SALA DE ATOS – IPVC — 106

CO-25-01 SEQUESTRO PULMONAR INTRALOBAR: PERÍCIA DIAGNÓSTICA
CO-25-02 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE E ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE - CASUÍSTICA DE 6 MESES NUM HOSPITAL DISTRITAL

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO-25-03 SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E DIABETES MELLITUS TIPO 2 – QUAL A RELAÇÃO?
CO-25-04 CONDENSAÇÃO PULMONAR EM DOENTE JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-25-05 TOSSE ASSISTIDA MECÂNICAMENTE NO IDOSO, NO SERVIÇO DE MEDICINA
CO-25-06 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: PREVALÊNCIA DA VACINAÇÃO ANTIGRIPAL E ANTIPNEUMOCÓCICA EM 4 UNIDADES DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS — QUINTA - 26 - 19H30 — SALA DE ATOS - IPVC — 108

CO-26-01 UMA PNEUMONIA VERDADEIRAMENTE ATÍPICA…
CO-26-02 SINDROME DE MOUNIER-KUHN - CASO CLÍNICO
CO-26-03 PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA – CASUÍSTICA DE 3 ANOS E REVISÃO DE UM PROTOCOLO TERAPÊUTICO
CO-26-04 TUBERCULOSE E ESTENOSE BRÔNQUICA
CO-26-05 UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE FIBROSE CÍSTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-26-06 QUANDO UMA GASTROENTERITE A SALMONELLA TEM UMA EVOLUÇÃO INESPERADA

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS — SABADO - 28 - 08H00 — SALA DE ATOS - IPVC — 109

CO-27-01 ENFISEMA SUBCUTÂNEO E PNEUMOMEDIASTINO DURANTE EXTRAÇÃO DENTÁRIA
CO-27-02 DERRAME PLEURAL – A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-27-03 PNEUMONITE INTERSTICIAL DE CAUSA NÃO INFECCIOSA INDUZIDA PELO INFLIXIMAB
CO-27-04 PNEUMONIA NO CONTEXTO DE H1N1 COM NECESSIDADE DE ECMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
CO-27-05 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NOS MUITO IDOSOS

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — SABADO - 28 - 08H00 — SALA DE ATOS - IPVC — 111

CO-27-06 OPCOES TERAPÊUTICAS EM HIPERTENSAO

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS — SABADO - 28 - 08H00 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — 111

CO-28-01 SINDROME FEBRIL EM DOENTE DIABÉTICO SUBMETIDO A MIOMECTOMIA DE MORROW
CO-28-02 DOENÇA DE STILL DO ADULTO REFRATÁRIA
CO-28-03 PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN NO ADULTO - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
CO-28-04 ARTRALGIAS CRÓNICAS: AFINAL A CAUSA ERA INFECIOSA
CO-28-05 BOWEL ASSOCIATED DERMATITIS ARTHRITIS SYNDROME
CO-28-06 HIPERFERRITINÉMIA ACENTUADA: O QUE ESPERAR

MEDICINA GERIÁTRICA — SABADO - 28 - 08H00 — ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5 — 113

CO-29-01 POLINEUROPATIA SENSITIVO-MOTORA - UM CASO DE TOXICIDADE À AMIODARONA
CO-29-02 APLICABILIDADE DO ÍNDICE LACE COMO PREDITOR DO RISCO DE READMISSÃO NÃO PLANEADA NO IDOSO EM PORTUGAL
CO-29-03 ORTOGERIATRIA – APRESENTAÇÃO DE UMA UNIDADE PIONEIRA
CO-29-04 ESTUDO LACE-AGE: AVALIAÇÃO DE UM NOVO PREDITOR DE MORTALIDADE NO IDOSO
CO-29-05 ESTUDO BUMERANG: AVALIAÇÃO DE UM NOVO PREDITOR DO RISCO DE READMISSÃO NÃO PLANEADA NO IDOSO EM PORTUGAL
CO-29-06 CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS — SEXTA - 27 - 08H00 — ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2 — 114

CO-30-01 SINDROMA DE KOUNIS: CASO RARO DE ANAFILAXIA AO OMEPRAZOL

CO-30-02 TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NA ERA NOAC- ONDE ESTAMOS?
CO-30-03 DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS E AS UNIDADES DE CUIDADOS DIFERENCIADOS – A REALIDADE DE 6 ANOS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
CO-30-04 INDICACIONES DEL TOMOGRAFÍA CRANEAL (TC) URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DEL CONSORCI HOSPITALARI DE VIC (CHV). CATALUNYA. ESPAÑA
CO-30-05 UNIDADES DE CUIDADOS INTERMÉDIOS – UMA MAIS VALIA NUMA ENFERMARIA?
CO-31-03 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA – UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

MEDICINA INTENSIVA	SABADO - 28 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2	116

CO-31-01 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E SEPSIS: REALIDADE DO CHTMAD
CO-31-02 ESTAREMOS A HIPONUTRIR OS NOSSOS DOENTES CRÍTICOS?

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS	SABADO - 28 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2	117

CO-31-04 PRÉ-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA E SÍNDROME DE HELLP: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
CO-31-05 DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS NA GRÁVIDA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA – CONCILIAR RISCOS MATERNOS E FETAIS

OUTROS	SEXTA - 27 - 08H00	PAIOL	117

CO-32-01 REVISÃO TERAPÊUTICA NO INTERNAMENTO - A PROPÓSITO DO CASO DOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES
CO-32-02 MORTALIDADE NAS PRIMEIRAS 24 HORAS DE INTERNAMENTO NUM SERVIÇO DE MEDICINA
CO-32-03 ECOGRAFIA PORTÁTIL E O INTERNISTA DO SÉCULO XXI: UTOPIA OU REALIDADE INEVITÁVEL?
CO-32-04 SÍNDROME DE SWEET
CO-32-05 CONTROLO DE DOR EM DOENTES DEMENCIADOS
CO-32-06 ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS SUPERIORES A VINTE DIAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

OUTROS	SEXTA - 27 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6	119

CO-33-01 ESTADO NUTRICIONAL DO DOENTE INTERNADO
CO-33-02 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NUMA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA - DIABETES
CO-33-03 LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA NO ADULTO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO
CO-33-04 RDW COMO FATOR PROGNÓSTICO DE MORTALIDADE - ESTUDO RETROSPETIVO
CO-33-05 MENINGITE ASSÉTICA RECORRENTE E BIZARRA RELAÇÃO COM INFECÇÃO VIH – UM CASO CLÍNICO
CO-33-06 FATORES PREDITORES DE MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA- EM BUSCA DO MELHOR MODELO PARA PREVER A MORTALIDADE.

OUTROS	SEXTA - 27 - 08H00	AUDITÓRIO IPVC	121

CO-34-01 DERRAMES PERITONEAIS EXSUDATIVOS - UMA CASUÍSTICA DE SEIS ANOS NUM HOSPITAL CENTRAL
CO-34-02 AMILOIDOSE: O PARADIGMA DE UMA DOENÇA SISTÉMICA E A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO
CO-34-03 HEMATOMA DOS RETOS ABDOMINAIS - O QUE A EXPERIÊNCIA NOS ENSINA
CO-34-04 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS GRAVES COM ESTATINAS: INCIDÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS
CO-34-05 SÍNCOPE E FADIGA MUSCULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DOENÇA DE MCARDLE
CO-34-06 BIOÉTICA APLICADA À PRÁTICA CLÍNICA – MODELO DELIBERATIVO DE DIEGO GRACIA

COMUNICAÇÕES ORAIS

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS QUINTA - 26 - 18H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6 122

CO-35-01 PARVOVÍRUS B19 - UM ´GRANDE IMITADOR´ HEMATOLÓGICO
CO-35-02 ENDOCARDITE INFECCIOSA NUM HOSPITAL REGIONAL. IMPACTO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO CONJUNTA COM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.
CO-35-03 HERPES ZOOSTER VERSUS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CO-35-04 BRUCELOSE – CASUÍSTICA DE UMA REGIÃO ENDÉMICA PORTUGUESA DURANTE 13 ANOS
CO-35-05 MENINGITE TUBERCULOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
CO-35-06 DIARREIA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE – UM ESTUDO RETROSPETIVO NUM HOSPITAL DISTRITAL.

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS QUINTA - 26 - 19H30 ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6 124

CO-36-01 PIELONEFRITE AGUDA OU ALGO MAIS?
CO-36-02 VARICELA NÃO É SÓ DAS CRIANÇAS - REVISÃO DOS INTERNAMENTOS POR INFECÃO A VARICELA-ZOSTER
CO-36-03 UMA ZOONOSE RARA
CO-36-04 BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA: DETERMINAÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE DE DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-36-05 INFECÇÕES URINÁRIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL: RESULTADOS DE UM ESTUDO DE COORTE REALIZADO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-36-06 DOENÇA DE WHIPPLE. UMA CAUSA RARA DE STATUS EPILEPTICUS

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS QUINTA - 26 - 18H30 CAPELA 126

CO-37-01 UM CASO RARO DE ABCESSO CEREBRAL
CO-37-02 COLITE INFECCIOSA A CMV EM DOENTES IMUNOSSUPRIMIDOS NÃO-HIV
CO-37-03 MICOBACTERIOSE DISSEMINADA-PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS
CO-37-04 ENDOCARDITE INFECCIOSA: UMA ENTIDADE, DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICAS
CO-37-05 RDW E INFECÇÃO – QUAL O SEU VALOR PROGNÓSTICO
CO-37-06 COROIDITE SERPIGINOSA LIKE – MAIS UMA MANIFESTAÇÃO DE TUBERCULOSE

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS QUINTA - 26 - 19H30 CAPELA 127

CO-38-01 ABCESSO HIPOFISÁRIO: UMA ENTIDADE RARA
CO-38-02 PATOLOGIA INFECCIOSA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-38-03 "BCG DISSEMINADA" – UMA COMPLICAÇÃO RARA
CO-38-04 PORTADORES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE (MRSA) NUM SERVIÇO DE MEDICINA – COMO APLICAR NOVAS REGRAS À REALIDADE NACIONAL?
CO-38-05 CASUÍSTICA – BACTERIEMIA A GRAM NEGATIVOS
CO-38-06 DOENÇA DE LYME, É IMPORTANTE SUSPEITAR – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS QUINTA - 26 - 18H30 AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA 129

CO-39-01 ENDOCARDITE INFECIOSA COM ENFARTE E ROTURA ESPLÉNICOS – CASO CLÍNICO
CO-39-02 PERITONITE BACTERIANA PRIMÁRIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO
CO-39-03 EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES INTRA-HOSPITALARES NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL DISTRITAL EM 2015
CO-39-04 ESPONDILODISCITE NA MEDICINA INTERNA – OS MESMOS MICROORGANISMOS?
CO-39-05 SÍNDROME DE WEIL - REVISÃO DE 8 CASOS
CO-39-06 INCIDÊNCIA DA DIARREIA ASSOCIADA AO CLOSTRIDIUM DIFFICILE – ONDE ESTAMOS E DE ONDE VIÉMOS

COMUNICAÇÕES ORAIS

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	QUINTA - 26 - 19H30	AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA	131

CO-40-01 MENINGITE BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE – 4 ANOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA
CO-40-02 RICKETTSIOSE, UMA ZOONOSE A CONSIDERAR – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
CO-40-03 DOIS CASOS DE PATOLOGIA INFECCIOSA RARA NA GRÁVIDA – VARICELA COMPLICADA DE PNEUMONIA E HIDATIDOSE HEPÁTICA E PERITONEAL
CO-40-04 UM CASO DE EOSINOFILIA E MASSAS INTRA-HEPÁTICAS
CO-40-05 GRIPE - A REALIDADE DO NOSSO HOSPITAL
CO-40-06 O TRATAMENTO DE MALÁRIA EM ÁREA NÃO-ENDÉMICA, UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	SEXTA - 28 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6	132

CO-41-01 SÍNDROMA INVASIVA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE DO CLONE HIPER VIRULENTO ST23
CO-41-02 CANDIDEMIAS NUM HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDO RETROSPETIVO ENTRE 2012-2014
CO-41-03 SÓ À TERCEIRA A FEBRE FOI DE VEZ (MÚLTIPLAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM PACIENTE INFECTADO PELO VIH)
CO-41-04 ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DO TEMPO DE ANTIBIOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA
CO-41-05 CASUÍSTICA DE PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS JIROVECII EM DOENTES SEM INFECÇÃO POR VIH
CO-41-06 FEBRE ESCARO NODULAR – CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM HOSPITAL DISTRITAL

MEDICINA GERIÁTRICA	QUINTA - 26 - 19H30	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3	134

CO-42-01 OUTCOMES CLÍNICOS NO DOENTE IDOSO – PARA ALÉM DA IDADE
CO-42-02 IMPACTO DA TERAPÊUTICA DE AMBULATÓRIO NA MORBI-MORTALIDADE DOS IDOSOS NO INTERNAMENTO

CUIDADOS PALIATIVOS	QUINTA - 26 - 19H30	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3	135

CO-42-03 CUIDADOS PALIATIVOS - UMA REALIDADE CADA VEZ MAIS PRESENTE EM HOSPITAIS DE AGUDOS
CO-42-04 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS NUMA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS
CO-42-05 CUIDADOS PALIATIVOS: PARA ALÉM DA ONCOLOGIA
CO-42-06 A MORTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-42-07 CUIDADOS PALIATIVOS – SUPORTE INTRA-HOSPITALAR

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	SEXTA - 27 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1	136

CO-43-01 SEGURANÇA DA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA EM DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO
CO-43-02 SÍNDROMA SILENT - INTOXICAÇÃO GRAVE POR LÍTIO COM RECUPERAÇÃO PARCIAL
CO-43-03 ACIDENTE CEREBROVASCULAR E DESENVOLVIMENTO DE INFEÇÃO INTRA HOSPITALAR
CO-43-04 DISARTRIA, DISFAGIA E DISFONIA - AVC EM TERRITÓRIO POUCO COMUM
CO-43-05 HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA E ANEMIA FERROPÉNICA: UMA ASSOCIAÇÃO PARA TER EM CONTA
CO-43-06 CALCIFICAÇÃO DA PAREDE DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA NOS ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS ISQUÉMICOS SUBMETIDOS A TROMBÓLISE

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	SABADO - 28 - 08H00	SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC	138

CO-44-01 QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO É ÓBVIO E QUANDO ÓBVIO É DIFÍCIL…
CO-44-02 ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DEMÊNCIAS RAPIDAMENTE PROGRESSIVAS

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO-44-03 MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA POR TELEMETRIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE AVC NA DETECÇÃO DE FIBRILHAÇÃO AURICULAR
CO-44-04 A PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO NO AVC – APLICAÇÃO DA ESCALA GUSS
CO-44-05 ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA E VACINA ANTI-TETÂNICA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA
CO-44-06 RESPONDEDORES CLÍNICOS TARDIOS APÓS FIBRINÓLISE ENDOVENOSA

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	SABADO - 28 - 08H00	AUDITÓRIO IPVC	139

CO-45-01 MENINGITE BACTERIANA: VACINAR PARA PREVENIR
CO-45-02 SÍNDROME DE OITO E MEIO – DE UMA PTOSE PALPEBRAL A UM ACIDENTE VASCULAR ISQUÉMICO PROTUBERANCIAL
CO-43-03 ACIDENTE CEREBROVASCULAR E DESENVOLVIMENTO DE INFEÇÃO INTRA HOSPITALAR
CO-43-04 DISARTRIA, DISFAGIA E DISFONIA - AVC EM TERRITÓRIO POUCO COMUM
CO-43-05 HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA E ANEMIA FERROPÉNICA: UMA ASSOCIAÇÃO PARA TER EM CONTA
CO-45-03 TROMBÓLISE NOS VERY OLD- EXPERIÊNCIA NUMA UAVC
CO-45-04 EMBOLIC STROKE OF UNDETERMINED SOURCE: CARACTERIZAÇÃO DE UM POPULAÇÃO INTERNADA NUMA UNIDADE DE AVC E NO FOLLOW-UP
CO-45-05 UMA CAUSA MUITO RARA DE AVC?

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE	QUINTA - 26 - 18H30	AUDITÓRIO IPVC	141

CO-46-01 PADRÃO DE PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
CO-46-02 AVALIAÇÃO DOS REINTERNAMENTOS EM MEDICINA INTERNA NUM HOSPITAL DISTRITAL
CO-46-03 PROFILAXIA DAS ÚLCERAS DE STRESS – AUDITORIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA
CO-46-04 IMPLICAÇÕES CLINICAS E ECONÓMICAS DA REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NUM HOSPITAL DISTRITAL
CO-46-05 CONTINUAÇÃO DE CUIDADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA
CO-46-06 ANTIBIOTERAPIA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE	QUINTA - 26 - 19H30	AUDITÓRIO IPVC	143

CO-47-01 UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – UM NOVO MODELO PARA A SAÚDE
CO-47-02 RISCO DE MORTALIDADE ESTIMADA VS OBSERVADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E EVOLUÇÃO DOS SOBREVIVENTES
CO-47-03 DETERMINANTES DOS NÍVEIS DE SEVERIDADE E DO RISCO DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR ESTIMADA EM MEDICINA INTERNA
CO-47-04 ESTUDO TRANSVERSAL DO USO DE ANTIBIÓTICOS NUM CENTRO HOSPITALAR - A PROPÓSITO DO DIA EUROPEU DO ANTIBIÓTICO
CO-47-05 NOVO AGRUPADOR DO GDH A CONFIRMAR PERCEÇÃO DA GRAVIDADE DOS DOENTES INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA
CO-47-06 READMISSÕES HOSPITALARES COMO MARCADOR DE QUALIDADE – ANALISE DAS READMISSÕES A 30 DIAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

COMUNICAÇÕES ORAIS

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE	SEXTA - 27 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4	144

CO-48-01 O INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA EM PORTUGAL

CO-48-02 APLICAÇÃO DE UM SCORE DE RISCO DA MORTALIDADE NO ESTUDO DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

CO-48-03 REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E A MORTALIDADE

CO-48-04 ANÁLISE COMPARATIVA DA EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

CO-48-05 O IMPACTO DE DOIS ANOS DE INTERVENÇÃO SOCIAL NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

CO-48-06 REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONHECER O PRESENTE PARA PENSAR O FUTURO

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	SEXTA - 27 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5	146

CO-49-01 UM EVENTO POUCO FREQUENTE NA DREPANOCITOSE – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

CO-49-02 PANCITOPENIA – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

CO-49-03 TROMBOFILIAS - CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS	SEXTA - 27 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5	147

CO-49-04 HIPERTENSÃO - APONTA DO VÉU DE UMA DOENÇA SISTÉMICA RARA

CO-49-05 CASUÍSTICA DE LADA NUMA UNIDADE INTEGRADA DE DIABETES

CO-49-06 DA FLUTICASONA À HIPOGLICEMIA - UM CASO DE INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL TERCIÁRIA

DOENÇAS ONCOLÓGICAS	SEXTA - 27 - 08H00	AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA	148

CO-50-01 A REALIDADE DA DOENÇA ONCOLÓGICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CASUÍSTICA DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL

CO-50-02 NEOPLASIAS E INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – A EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE MEDICINA

CO-50-03 HEPATOMEGALIA MACIÇA COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE LINFOMA DE BURKITT ASSOCIADO A INFEÇÃO VIH - IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ´FULMINANTE´

CO-50-04 CARCINOMA LOBULAR INVASOR DA MAMA – ESTUDO RETROSPETIVO

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE	SEXTA - 27 - 08H00	AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA	149

CO-50-05 UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PELOS DOENTES IDOSOS INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

CO-50-06 AVALIAÇÃO DE SUSTENTATIBILIDADE APLICADA AOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA – ANÁLISE DE STAKEHOLDERS

IMAGENS EM MEDICINA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES	LCD #1	SALA ATRIO	151

IMI-01-001 DEDOS TELESCÓPICOS
IMI-01-002 MIOCARDITE ESCLERODÉRMICA
IMI-01-003 PÊNFIGO BOLHOSO PARANEOPLÁSICO NO IDOSO
IMI-01-004 DERMATOSE NEUTROFÍLICA
IMI-01-005 ESCLERODERMIA LOCALIZADA
IMI-01-006 QUANDO A GOTA NÃO É VALORIZADA...
IMI-01-007 ESCLEROSE SISTÉMICA: ASPECTOS SEMIOLÓGICOS E RADIOLÓGICOS
IMI-01-008 ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
IMI-01-009 DERMATOMIOSITE
IMI-01-010 RAYNAUD: O INÍCIO DO DIAGNÓSTICO
IMI-01-011 EXANTEMA DA FACE PERSISTENTE
IMI-01-012 DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ESCLEROSE SISTÉMICA – RECONHECIMENTO DE SINAIS DE ALARME
IMI-01-013 CALCINOSE NO SÍNDROME DE CREST
IMI-01-014 O VELHO TIGRE – UM CASO DE MIOPATIA SARCOIDÓTICA
IMI-01-015 POR CAMINHOS ERRADOS...
IMI-01-016 DOENÇA DE RAYNAYD

DOENÇAS CARDIOVASCULARES	LCD #1	SALA ATRIO	152

IMI-01-017 SWINGING HEART
IMI-01-018 PULMONARY EMBOLISM: AN INFREQUENT AND YET VERY TYPICAL CHEST RADIOGRAPH
IMI-01-019 SÍNCOPE - UMA ENTIDADE COMUM, MUITAS CAUSAS POSSÍVEIS
IMI-01-020 SÍNDROME DE BRUGADA DURANTE UM PICO FEBRIL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
IMI-01-021 UM CASO DE DOR TORÁCICA!
IMI-01-022 UMA CAUSA INCOMUM DE INSUFIÊNCIA RESPIRATÓRIA
IMI-01-023 TAQUICARDIA DE COMPLEXOS LARGOS
IMI-01-024 SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES – UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA
IMI-01-025 DILATAÇÃO ANEURISMÁTICA DA AURÍCULA ESQUERDA
IMI-01-026 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AUMENTO DA SILHUETA CARDÍACA: NEM SEMPRE É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA!
IMI-01-027 ANOMALIA DO RETORNO VENOSO FISIOLÓGICA
IMI-01-028 CALCIFICAÇÃO CORONÁRIA BILATERAL
IMI-01-029 UM CASO DE HIPOTERMIA
IMI-01-030 COARTAÇÃO DA AORTA
IMI-01-031 O SOPRO CRANEANO - UM CASO DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DURAL
IMI-01-032 DISSECÇÃO DA AORTA
IMI-01-033 HEMOPTISES COM UMA CAUSA RARA MAS MORTAL
IMI-01-034 UMA CAUSA INESPERADA DE PALPITAÇÕES
IMI-01-035 HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA
IMI-01-036 IMAGENS EM MEDICINA
IMI-01-037 ESTÁ NA CARA QUE É UMA ESTENOSE MITRAL!
IMI-01-038 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO - UM TROMBO NA CORDA
IMI-01-039 MASSA CARDÍACA A CARACTERIZAR? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
IMI-01-040 SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA – A CAUSA DE SÍNCOPE
IMI-01-041 IMAGENS QUE VALEM POR DUAS PALAVRAS...
IMI-01-042 MAIS DO QUE UMA PNEUMONIA
IMI-01-043 TROMBOS LIVRES NO CORAÇÃO DIREITO E EMBOLIA PULMONAR

IMAGENS EM MEDICINA

IMI-01-044 ANOMALIA CONGÉNITA DA VEIA CAVA INFERIOR
IMI-01-045 OCLUSÃO DA AORTA ABDOMINAL POR TROMBO MURAL
IMI-01-046 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PRIMÁRIA "ESPONTÂNEA" DA SUBCLÁVIA (TVPS) E SÍNDROME DO DESFILADEIRO
IMI-01-047 TUMEFACÇÃO CERVICAL PULSÁTIL
IMI-01-048 OUTRA DISSECÇÃO DA AORTA? OU TALVEZ NÃO...
IMI-01-049 HEMATOMA RETROPERITONEAL
IMI-01-050 SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA
IMI-01-051 O CORAÇÃO É TRÁGICO
IMI-01-052 UM CASO DE CAVERNOMATOSE CEREBRAL MÚLTIPLA
IMI-01-053 ANEURISMA DISSECANTE DA AORTA ASCENDENTE
IMI-01-054 UM SEGUNDO CORAÇÃO
IMI-01-055 UMA DOR LOMBAR PULSATIL
IMI-01-056 EMBOLIZAÇÃO PULMONAR SÉPTICA MACIÇA
IMI-01-057 DO CORAÇÃO AOS PÉS
IMI-01-058 TROMBOS AURICULAR NUM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR
IMI-01-059 TROMBO MASSIVO NA AURÍCULA DIREITA
IMI-01-060 UM MEIO COMPLEMENTAR DE PROGNÓSTICO
IMI-01-061 ENFARTE RENAL E ESPLÉNICO – UMA PATOLOGIA INFREQUENTE

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS	LCD #1	SALA ATRIO	157

IMI-01-062 UMA CAUSA INCOMUM DE SÍNDROME CONFUSIONAL
IMI-01-063 COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DA VIA AÉREA - DIAGNÓSTICO INCIDENTAL
IMI-01-064 UMA ESPADEIRADA EM CHEIO NO DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE PAGET.
IMI-01-065 DOENÇA DE PAGET
IMI-01-066 ARTROPATIA GOTOSA SEVERA – O PASSADO AINDA RESISTE!
IMI-01-067 UMA MANIFESTAÇÃO POUCO COMUM DE HIPOPARATIROIDISMO
IMI-01-068 MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DÉFICES NUTRICIONAIS
IMI-01-069 GOTA TOFÁCEA CRÓNICA - UMA IMAGEM EXUBERANTE
IMI-01-070 CEREBRO CALCIFICADO
IMI-01-071 HIPERURICEMIA E TOFOS GOTOSOS
IMI-01-072 SOLUÇOS PERSISTENTES DE CAUSA INESPERADA
IMI-01-073 LIPODISTROFIA NO DOENTE DIABÉTICO INSULINOTRATADO
IMI-01-074 BURSITE GOTOSA.
IMI-01-075 "OLHA BEM PARA MIM E DIZ-ME QUEM TU VÊS"
IMI-01-076 OS OSSOS DE VIDRO DA OSTEOGÉNESE IMPERFEITA
IMI-01-077 GLOMUS CARÓTIDEO UMA RARIDADE
IMI-01-078 HIPOPARATIROIDISMO E ESCLEROSE ÓSSEO MARGINAL
IMI-01-079 UM BALÃO NO TÓRAX
IMI-01-080 DISFAGIA - UMA CAUSA INCOMUM

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS	LCD #1	SALA ATRIO	159

IMI-01-081 UM FECALOMA GIGANTE
IMI-01-082 ROTURA GÁSTRICA COMPLETA - UM EVENTO INESPERADO
IMI-01-083 POLIPECTOMIA COMPLICADA
IMI-01-084 LESÕES DE CAMERON: O INIMIGO ESCONDIDO
IMI-01-085 SINAL DE CHILAIDITI

IMI-01-086 POR DETRÁS DE UMA DISPNEIA PERSISTENTE
IMI-01-087 DEMASIADOS CÁLCULOS
IMI-01-088 ESÓFAGO NEGRO – A PROPÓSITO DE UM ACHADO ENDOSCÓPICO
IMI-01-089 SINAL DE CHILAIDITI, UM ACIDENTE IMAGIOLÓGICO
IMI-01-090 LITIASE VESICULAR MÚLTIPLA
IMI-01-091 UM NÓ NO ESTÔMAGO
IMI-01-092 DERMATOSE ASSOCIADA AO INTESTINO (BOWEL BYPASS SYNDROME) TARDIA
IMI-01-093 SÍNDROME DE CHILAIDITI – DA CIRURGIA À MEDICINA INTERNA
IMI-01-094 FECALOMA "GIGANTE"
IMI-01-095 VESÍCULA EM PORCELANA - IMAGEM DE LIVRO
IMI-01-096 OBSTIPAÇÃO NO IDOSO – UM PROBLEMA COMUM, UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL… OU TALVEZ NÃO!
IMI-01-097 DA ANEMIA AO VOLVO
IMI-01-098 PALPITAÇÕES PÓS-PRANDIAIS
IMI-01-099 CAUSA RARA DE DOR RETROESTERNAL AGUDA
IMI-01-100 UMA ESPINHA NO INTESTINO
IMI-01-101 UM ALHO BEM TOLERADO

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS — LCD #1 — SALA ATRIO — 162

IMI-01-102 SAL E PIMENTA
IMI-01-103 UMA RARA APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE CÉLULAS T/NK
IMI-01-104 RACCOON´S EYES
IMI-01-105 PLASMOCITOMA CRANIANO
IMI-01-106 IMAGENS EM MEDICINA DE PLASMOCITOMAS
IMI-01-107 MELANONÍQUIA LONGITUDINAL EM CONTEXTO DE HIDROXIUREIA
IMI-01-108 PLASMOCITOMA INFILTRATIVO E AGRESSIVO?
IMI-01-109 PÚRPURA TROMBOCITOPENICA IMUNE – PETÉQUIAS BUCAIS
IMI-01-110 MIELOMA MÚLTIPLO
IMI-01-111 MASSA MEDIASTÍNICA: UMA CAUSA INCOMUM DE EPIGASTRALGIA
IMI-01-112 PANICULITE EOSINOFÍLICA EM CONTEXTO DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO
IMI-01-113 VESÍCULAS HEMORRÁGICAS NUM DOENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA
IMI-01-114 ESPLENOMEGÁLIA MACIÇA
IMI-01-115 TIMOMA?
IMI-01-116 O ´ELEMENTAR´ RADIOGRAMA DO TÓRAX
IMI-01-117 OMALGIA COM MAU PROGNÓSTICO
IMI-01-118 VARFARINA E METRONIDAZOL, UMA INTERACÇÃO POTENCIALMENTE FATAL.
IMI-01-119 A PONTA DO ICEBERG...

DOENÇAS HEPÁTICAS — LCD #2 — SALA ATRIO — 164

IMI-02-001 FENÓMENO DE KASABACH-MERRIT
IMI-02-002 MASSA AURICULAR DIREITA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR
IMI-02-003 UNHAS DE TERRY
IMI-02-004 QUANDO AS COMPLICAÇÕES RARAS SE TORNAM UMA REALIDADE
IMI-02-005 CORPOS DE GAMNA GANDY – UM CASO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
IMI-02-006 ABCESSO HEPÁTICO POR STREPTOCOCCOS INTERMEDIUS
IMI-02-007 ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS
IMI-02-008 CAVERNOMA DA VEIA PORTA

IMAGENS EM MEDICINA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	LCD #2	SALA ATRIO	165

IMI-02-009 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS A LEGIONELLA PNEUMOPHILA SEROGRUPO 1
IMI-02-010 UM CASO DE CISTITE ENFISEMATOSA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
IMI-02-011 HIDATIDOSE HEPÁTICA CALCIFICADA
IMI-02-012 LESÃO CAVITADA – A CAUSA DE DOR TORÁCICA
IMI-02-013 LEPRA - UMA DOENÇA HISTÓRICA, UMA IMAGEM RARA ACTUALMENTE
IMI-02-014 CISTICERCOSE: UMA PARASITOSE A RELEMBRAR
IMI-02-015 AMIGDALITE LINGUAL
IMI-02-016 LINFANGITE AGUDA COM LINFADENITE
IMI-02-017 ANEURISMA MICÓTICO NA SÉPSIS
IMI-02-018 PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS JIROVECII
IMI-02-019 PIOMIOMETRITE
IMI-02-020 IMAGENS DE PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA
IMI-02-021 UM ACHADO IMAGIOLÓGICO INESPERADO
IMI-02-022 GASTRODUODENITE ENFISEMATOSA
IMI-02-023 CISTICERCOSE
IMI-02-024 CISTICERCOSE DISSEMINADA
IMI-02-025 LINFOMA DO TESTICULAR EM DOENTE VIH
IMI-02-026 TACHE NOIR – A MARCA DA RICKETTSIA
IMI-02-027 UM CASO (JÁ RARO) DE CAQUEXIA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
IMI-02-028 ERITEMA NO ADULTO
IMI-02-029 INFEÇÃO DE PRÓTESE DA ANCA A PSEUDOMONAS
IMI-02-030 ABCESSO CEREBRAL - DESAFIO DIAGNÓSTICO
IMI-02-031 FÍSTULA PLEURO-CUTÂNEA EM DOENTE VIH COM TUBERCULOSE PULMONAR
IMI-02-032 ABCESSO PULMONAR
IMI-02-033 CELULITE DA MAMA COM ECZEMA ESCORIADO
IMI-02-032 ABCESSO PULMONAR
IMI-02-033 CELULITE DA MAMA COM ECZEMA ESCORIADO
IMI-02-034 HIDATIDOSE HEPÁTICA CALCIFICADA
IMI-02-035 ALERTA ASSÉPSIA – ESPONDILODISCITE E ABCESSO PARA-VERTEBRAL POR MRSA
IMI-02-036 CAVITAÇÃO ´HABITADA´
IMI-02-037 UM CASO DE DOR ABDOMINAL
IMI-02-038 BRUCELLA ABORTUS – UM CASO CLINICO
IMI-02-039 ABCESSO CEREBRAL: UMA HISTÓRIA DE OTITE SUPURATIVA
IMI-02-040 PARÉSIA FACIAL PERIFÉRICA - UM CASO DE COLESTEATOMA
IMI-02-041 O ALGODÃO NÃO ENGANA…
IMI-02-042 UM CASO DE CIFOSE ADQUIRIDA
IMI-02-043 ABCESSO RETROPERITONEAL VOLUMOSO
IMI-02-044 DOENTE VIH COM KAPOSI DE APRESENTAÇÃO PULMONAR
IMI-02-045 QUISTOS HIDÁTICOS
IMI-02-046 UM CASO DE TELANGIECTASIAS INTESTINAIS
IMI-02-047 SINDROME DE KARTAGENER – UMA ENTIDADE NOSOLÓGICA RARA
IMI-02-048 UM FENÓTIPO POR VIH
IMI-02-049 SÍNDROME DA URINA ROXA - UMA BELEZA RARA
IMI-02-050 ODINOFAGIA PERSISTENTE – QUANDO NEM TUDO O QUE PARECE É!
IMI-02-051 EXUBERANTES ADENOPATIAS CERVICAIS POR MONONUCLEOSE A CITOMEGALOVÍRUS
IMI-02-052 QUISTO HIDÁTICO HEPÁTICO
IMI-02-053 MEDIASTINITE AGUDA

IMI-02-054 ENDOCARDITE INFECIOSA – APRESENTAÇÃO COM ABCESSO E EMBOLIZAÇÃO CEREBRAL
IMI-02-055 A PROPÓSITO DA TACHE NOIRE
IMI-02-056 TUBERCULOSE PULMONAR INVENTILÁVEL
IMI-02-057 UM CASO DE ESPONDILODISCITE COM DISSEMINAÇÃO MEDIASTÍNICA
IMI-02-058 HERPES ZOSTER - IMAGENS EM MEDICINA
IMI-02-059 TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – REACTIVAÇÃO?
IMI-02-060 ABCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A MIGRAÇÃO DE ESPINHA DE PEIXE
IMI-02-061 MAL DE POTT
IMI-02-062 ESOFAGITE POR HERPES VIRUS I
IMI-02-063 LESÕES CAVITADAS NA TUBERCULOSE PULMONAR
IMI-02-064 GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA - A PREPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO TARDIA

DOENÇAS ONCOLÓGICAS **LCD #2** **SALA ATRIO** **171**

IMI-02-065 PORQUE UM AZAR NUNCA VEM SÓ...
IMI-02-066 UMA PISTA NO OLHAR
IMI-02-067 ERITRODERMIA PARANEOPLASICA
IMI-02-068 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: NUMA PERSPECTIVA IMAGIOLÓGICA
IMI-02-069 ASSIMETRIA DOS MEMBROS SUPERIORES – A MANIFESTAÇÃO INICIAL DE UMA NEOPLASIA
IMI-02-070 SARCOMA DE KAPOSI (SK) EM DOENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) NEGATIVO
IMI-02-071 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA CONJUNTIVA COM METASTIZAÇÃO GANGLIONAR CERVICAL
IMI-02-072 POR DETRÁS DO DESMAIO, O FENÓMENO OCULTO
IMI-02-073 METÁSTASES CUTÂNEAS DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO
IMI-02-074 POR DETRÁS DA VERTIGEM
IMI-02-075 LARGADA DE BALÕES – QUEM É O CULPADO?
IMI-02-076 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA NEOPLASIA DO PULMÃO
IMI-02-077 MELANOMA METASTIZADO
IMI-02-078 PARAPLEGIA-LINFOMA NÃO HODGKIN B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS
IMI-02-079 MIELOMA MULTIPLO COM MANIFESTAÇÃO RARA.
IMI-02-080 MASSA DESTRUTIVA
IMI-02-081 MASSA ABDOMINAL: SERÁ MAIS UM CLÁSSICO?
IMI-02-082 UM JOELHO COMPLICADO
IMI-02-083 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR - UMA ENTIDADE MUITAS VEZES ESQUECIDA
IMI-02-084 PADRÃO RADIOLÓGICO "EM LARGADA DE BALÕES" DA METASTIZAÇÃO PULMONAR DE UM SARCOMA SINOVIAL DE CÉLULAS FUSIFORMES
IMI-02-085 ANGIOSARCOMA CUTÂNEO COMO CAUSA DE DESIDRATAÇÃO E LESÃO RENAL AGUDA
IMI-02-086 CENTENAS DE NÓDULOS SUBCUTÂNEOS
IMI-02-087 NEOPLASIA PULMONAR UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA!
IMI-02-088 LINFOMA CUTÂNEO COM UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM.
IMI-02-089 PNEUMONIA CAVITADA EM DOENTE COM ACALÁSIA SECUNDÁRIA
IMI-02-090 TUMEFACÇÃO INDOLENTE
IMI-02-091 HEPATOMEGALIA COM UMA CAUSA RARA.
IMI-02-092 EXUBERANTE MASSA CERVICAL: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA HIPOFARINGE
IMI-02-093 FIBROMA PLEURAL – UM CASO DE NEOPLASIA BENIGNA COM COMPORTAMENTO MALIGNO
IMI-02-094 HEMATOMA DE DURET NA APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA
IMI-02-095 ANGIOSSARCOMA CUTÂNEO – METASTIZAÇÃO RARA
IMI-02-096 NA BAINHA DO NERVO PERIFÉRICO
IMI-02-097 METASTIZAÇÃO HEPÁTICA DIFUSA
IMI-02-098 CEFALEIA DE CAUSA ONCOLÓGICA

IMAGENS EM MEDICINA

IMI-02-099 LOMBOCIATALGIA DE CAUSA MALIGNA
IMI-02-100 O CASO DA COSTELA DESAPARECIDA
IMI-02-101 ESTADO DE MAL EPILÉPTICO SECUNDÁRIO A METASTIZAÇÃO CEREBRAL DIFUSA
IMI-02-102 UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE MIELOMA MULTIPLO
IMI-02-103 NEOPLASIA ABCEDADA
IMI-02-104 UMA CAUSA (QUASE) ÓBVIA DE DISFAGIA
IMI-02-105 LARGADA DE BALÕES
IMI-02-106 COMPRESSÃO DO TRONCO PULMONAR E CAVIDADES CARDÍACAS ESQUERDAS POR TIMOMA EM EVOLUÇÃO
IMI-02-107 TUMOR DE GRAWITZ DE GRANDES DIMENSÕES
IMI-02-108 TANTO DE SEMELHANTE COMO DE DIFERENTE
IMI-02-109 TROMBOSE DA VEIA SUBCLÁVIA DIREITA.
IMI-02-110 UM FÍGADO GRANDE [MENTE METASTIZADO]
IMI-02-111 RELEMBRANDO O TUMOR DO INTERNISTA
IMI-02-112 RS3PE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA DO CEGO
IMI-02-113 ATÉ ONDE PODE CHEGAR A NEOPLASIA - IMAGENS EM MEDICINA
IMI-02-114 QUANDO UM DERRAME PLEURAL REVELA UM SCHWANNOMA.
IMI-02-115 INCONTÁVEL METASTIZAÇÃO: UMA REALIDADE INESPERADA
IMI-02-116 NEUROFIBROMATOSE – UM MAR DE NEUROFIBROMAS
IMI-02-117 A PROPÓSITO DE UMA DOR TORÁCICA
IMI-02-118 DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA NA ETIOLOGIA DE ASCITE

DOENÇAS RENAIS — LCD #3 — SALA ATRIO — 177

IMI-03-001 FIBRODISPLASIA MUSCULAR RENAL – UMA CAUSA SECUNDÁRIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
IMI-03-002 DOENÇA POLIQUÍSTICA RENAL: QUISTOS QUE CAUSAM INSUFICIÊNCIA RENAL
IMI-03-003 EXUBERANTES FÍSTULAS ARTERIO-VENOSAS
IMI-03-004 A MAMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA ARTERIOLOPATIA URÉMICA CALCIFICANTE
IMI-03-005 CÁLCULOS CORALIFORMES EM DOENTE COM PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA CRÓNICA
IMI-03-006 TROMBOEMBOLISMO VENOSO MÚLTIPLO COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROMA NEFRÓTICA
IMI-03-007 BLUE TOE SYNDROME

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS — LCD #3 — SALA ATRIO — 177

IMI-03-008 DA SEMIOLOGIA À IMAGIOLOGIA
IMI-03-009 TUBERCULOSE PULMONAR COM PADRÃO MILIAR
IMI-03-010 BOLHA PULMONAR GIGANTE INFETADA
IMI-03-011 QUANDO REBENTA A BOLHA
IMI-03-012 PNEUMOMEDIASTINO – UM DIAGNÓSTICO INCOMUN
IMI-03-013 OSSO DE CHOCO - PAQUIPLEURITE SEQUELAR
IMI-03-014 EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSAS DO MEDIASTINO
IMI-03-015 QUANDO UMA PNEUMONIA NÃO RESPONDE À ANTIBIOTERAPIA
IMI-03-016 UM CLÁSSICO
IMI-03-017 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL UM DIAGNÓSTICO ÓBVIO
IMI-03-018 NEM TODAS AS IMAGENS SÃO PNEUMONIAS - O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
IMI-03-019 COMO PODEM CONFUNDIR-SE DUAS PATOLOGIAS TÃO DISTINTAS?
IMI-03-020 LINFANGIOMIOMATOSE E ENFISEMA BOLHOSO - COMO SE MIMETIZAM?
IMI-03-021 SINAIS EM RADIOLOGIA - DE QUE PATOLOGIA SE TRATA?
IMI-03-022 UMA IMAGEM, VÁRIOS DIAGNÓSTICOS...

IMI-03-023 HIPOTRANSPARÊNCIA NODULAR – SINÓNIMO DE NEOPLASIA?
IMI-03-024 DOENÇA DE FORESTIER – QUANDO AFECTA O DIA-A-DIA
IMI-03-025 NEOPLASIA OU INFECÇÃO: QUANDO A IMAGEM DEIXA DÚVIDAS
IMI-03-026 SILICOSE PSEUDOTUMORAL
IMI-03-027 PNEUMONIA ATÍPICA: APRESENTAÇÃO DE CO-INFECÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE VÍRUS VARICELA ZOSTER
IMI-03-028 SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ
IMI-03-029 BRONQUIECTASIAS
IMI-03-030 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO
IMI-03-031 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO – DA IMAGIOLOGIA À CLÍNICA
IMI-03-032 NEM TUDO É GRIPE
IMI-03-033 O LAR-DOCE-LAR DE UM OPORTUNISTA
IMI-03-034 PNEUMATOCELO COM PREENCHIMENTO HEMÁTICO
IMI-03-035 TRAQUEOBRONCOMALÁCIA
IMI-03-036 ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTÂNEO
IMI-03-037 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO – APRESENTAÇÃO INAUGURAL COM ENFARTE PULMONAR
IMI-03-038 PNEUMATOCELO – CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE
IMI-03-039 O PULMÃO ESTÁ CHUMBADO!
IMI-03-040 PLACAS PLEURAIS
IMI-03-041 AR FORA DO SÍTIO

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS	LCD #3	SALA ATRIO	181

IMI-03-042 DEDOS EM PESCOÇO DE CISNE: O REFLEXO DE UMA ARTRITE REUMATÓIDE
IMI-03-043 ARTRITE GOTOSA CRÓNICA
IMI-03-044 CALCINOSE TUMORAL NUMA MULHER JOVEM
IMI-03-045 MAL DE POTT
IMI-03-046 EDUARDA MÃOS DE ARTRITE
IMI-03-047 GOTA TOFÁCEA
IMI-03-048 GOTA POLIARTICULAR

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	LCD #3	SALA ATRIO	182

IMI-03-049 ANEURISMA GIGANTE TROMBOSADO E PARCIALMENTE CALCIFICADO: UMA IMAGEM POUCO COMUM
IMI-03-050 PARA QUE PRECISAMOS DE TANTO ENCÉFALO? UM CASO DE ABCESSO CEREBRAL NO ADULTO.
IMI-03-051 O GRANDE MIMETIZADOR
IMI-03-052 HEMATOMAS SUBDURAIS BILATERAIS
IMI-03-053 MENINGIOMA COM HIDROCEFALIA SUPRATENTORIAL
IMI-03-054 CRONOLOGIA DE UM AVC
IMI-03-055 OCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA ESQUERDA
IMI-03-056 HIDROCEFALIA AGUDA
IMI-03-057 HEMORRAGIA CEREBELOSA PÓS TROMBOSE VENOSA CEREBRAL EXTENSA
IMI-03-058 LESÃO QUISTICONECROTICA NO GLIOBLASTOMA MULTIFORME
IMI-03-059 CEFALEIA HEMICRANIANA E PTOSE HOMOLATERAL
IMI-03-060 “RED FLAGS” DAS CEFALEIAS
IMI-03-061 PARÉSIA DO III E VI PAR CRANIANO SECUNDÁRIA A LINFOMA PLASMABLÁSTICO
IMI-03-062 ETIOLOGIA ATÍPICA DE ACIDENTE VASCULAR ISQUÉMICO COM APRESENTAÇÃO TÍPICA
IMI-03-063 ANEURISMA CALCIFICADO: UM ACHADO IMAGIOLÓGICO

IMAGENS EM MEDICINA

IMI-03-064 MENINGIOMA
IMI-03-065 SÍNDROME DE FAHR
IMI-03-066 PORENCEFALIA
IMI-03-067 DA VERTIGEM AO ANEURISMA INCIDENTAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
IMI-03-068 UM ESTÔMAGO PARKINSÓNICO
IMI-03-069 AS PROVAS DA AGRESSIVIDADE
IMI-03-070 SINAL DA CRUZ
IMI-03-071 DISGENESIA DO CORPO CALOSO
IMI-03-072 SÍNDROME DE ANTON DE ETIOLOGIA VASCULAR ISQUÉMICA
IMI-03-073 ANGIOEDEMA DA LÍNGUA APÓS FIBRINÓLISE COM ALTEPLASE
IMI-03-074 VOLVO DO SIGMÓIDE NUMA SÍNDROME DE SHY-DRAGER
IMI-03-075 UM INCIDENTALOMA NÃO TÃO ACIDENTAL

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS — LCD #3 — SALA ATRIO — 185

IMI-03-076 DISSECÇÃO AÓRTICA, UMA HISTÓRIA COM FINAL FELIZ!
IMI-03-077 TRALI-TRANSFUSION-RELATED ACUTE LUNG INJURY: UMA REACÇÃO TRANSFUSIONAL RARA POTENCIALMENTE FATAL
IMI-03-078 O BAÇO INTRATORÁCICO: UMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA
IMI-03-079 DISSECÇÃO DA AORTA: UMA LINHA TÉNUE
IMI-03-080 HEMATOMA DA PAREDE ABDOMINAL ASSOCIADO À ENOXAPARINA
IMI-03-081 PNEUMOMEDIASTINO E PNEUMORAQUIS
IMI-03-082 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO – O SINAL DE HAMMAN E A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA
IMI-03-083 MANIFESTAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA NUM CASO DE HIPOTERMIA GRAVE
IMI-03-084 UM OLHAR ATENTO FAZ DIFERENÇA
IMI-03-085 PRÓTESE DENTÁRIA ENDOBRÔNQUICA
IMI-03-086 PNEUMOMEDIASTINO
IMI-03-087 MEDIASTINITE NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A FARINGITE AGUDA
IMI-03-088 PNEUMOMEDIASTINO POR CARDIOVERSÃO ELÉCTRICA
IMI-03-089 PNEUMOTÓRAX OU TEIA DE ARANHA?
IMI-03-090 QUANDO O AR "ENGORDA" MESMO
IMI-03-091 UM CASO DE LIVEDUS RETICULARIS
IMI-03-092 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO COM PADRÃO DE "TOMBSTONE"

MEDICINA GERIÁTRICA — LCD #3 — SALA ATRIO — 187

IMI-03-093 IATROGENIA A PEDRA DA CALÇADA NO CAMINHO DO MÉDICO: A PRÓPOSITO DE UM CASO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR
IMI-03-094 LINGUA VILLOSA NIGRA

OUTROS — LCD #3 — SALA ATRIO — 187

IMI-03-095 EXTERIORIZAÇÃO DE SHUNT VENTRÍCULO-PERITONEAL
IMI-03-096 ICTIOSE ADQUIRIDA: UM SINAL DE ALERTA
IMI-03-097 ACE-INHIBITOR INDUCED ANGIOEDEMA
IMI-03-098 BRONCOGRAFIA ACIDENTAL
IMI-03-099 SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL NUMA MULHER JOVEM
IMI-03-100 HEMATOMAS ABDOMINAL E RETROPERITONEAL - A NÃO ESQUECER
IMI-03-101 EXTENSA CALCIFICAÇÃO - ETIOLOGIA INCOMUM?
IMI-03-102 STEVENS-JONHSON SECUNDARIO AO ALOPURINOL

IMI-03-103 A HALTEROFILIA DO ALCOÓLICO
IMI-03-104 RETENÇÃO URINÁRIA DE 10 LITROS DE URINA

OUTROS	LCD #3	SALA ATRIO	188

IMI-03-105 UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
IMI-03-106 TOXIDERMIA TARDIA POR ALOPURINOL
IMI-03-107 DIETA COM ÁCIDOS GORDOS DE CADEIA MÉDIA NO TRATAMENTO DE QUILOTÓRAX.
IMI-03-108 COMO VÃO SAIR DE AÍ?
IMI-03-109 CAUSA RARA DE DOR TORÁCICA NO ADULTO JOVEM
IMI-03-110 SÍNDROME DE LIGAMENTO ARQUEADO – A CAUSA DE ENFARTE ESPLÉNICO
IMI-03-111 HERNIA GRYNFELT - HÉRNIA LOMBAR RARA
IMI-03-112 POR DETRÁS DE MÚLTIPLAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS...
IMI-03-113 SÍNDROME DE KLIPPEL-TRÉNAUNAY-WEBER
IMI-03-114 PORFIRIA CUTÂNEA TARDA
IMI-03-115 IATROGENIA SÚBITA E GRAVE
IMI-03-116 ECZEMA DE CRAQUELÉ
IMI-03-117 DOENÇA DE DARIER
IMI-03-118 A MULHER DRAGÃO
IMI-03-119 PSEUDOPNEUMOPERITONEU - SÍNDROME DE CHILAIDITI
IMI-03-120 BEZOARES
IMI-03-121 FILIGRANA TATUADA?
IMI-03-122 ANISOCORIA TOXICA POR PLANTA – BRUGMANSIA SUAVEOLENS

POSTERES

POSTERES COM DISCUSSÃO

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS — SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I — LCD #1 — 192

PO-01-41 CO-INFECÇÕES NO DOENTE VIH: LEISHMANIOSE VISCERAL E CRIPTOSPORIDIOSE
PO-01-42 TUBERCULOMA CEREBRAL EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
PO-01-43 OSTEOMIELITE - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER
PO-01-44 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-55 ENDOCARDITE INFECIOSA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I — LCD #1 — 193

PO-01-01 PARALISIA HIPOCALIÉMICA POR ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL SECUNDÁRIA A SÍNDROME DE SJÖGREN
PO-01-32 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SARCOIDOSE
PO-01-38 VASCULITE ASSOCIADA A PARVOVÍRUS

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — SEXTA-FEIRA – 27 - 10H45 - SALA FILIPE I — LCD #1 — 194

PO-01-39 ENCEFALOPATIA HASHIMOTO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-40 DOR ABDOMINAL COMO MANIFESTAÇÃO DE ARTERITE DE TAKAYASU

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS — SÁBADO - 28 - 10H45 - NA SALA FILIPE I — LCD #3 — 194

PO-03-41 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TUBERCULOSE E SCHWANNOMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-42 MENINGITE POR PASTEURELLA: UMA CAUSA RARA, UM CONTEXTO FREQUENTE
PO-03-43 UM CASO SUIS GENERIS DE SEPTICÉMIA
PO-03-44 UMA FORMA MENOS COMUM DE ICTERÍCIA
PO-03-45 FEBRE Q – UM CASO RARO DE EVOLUÇÃO PARA INFECÇÃO CRÓNICA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — SEXTA-FEIRA – 27 - 10H45 - SALA FILIPE I — LCD #3 — 196

PO-03-13 ANGINA VARIANTE DE PRINZMETAL – 5 ANOS NUM SERVIÇO DE CARDIOLOGIA
PO-03-14 IMPACTO DO DÉFICE DE FACTORES HEMATÍNICOS NA DESCOMPENSAÇÃO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA POPULAÇÃO COM MENOS DE 80 ANOS
PO-03-19 UM CASO DE CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA
PO-03-39 TAMPONAMENTO CARDÍACO E MELANOMA MALIGNO: GOLPE DE MESTRE 20 ANOS DEPOIS
PO-03-40 SINDROME DE MARFAN, UMA MUTAÇÃO GENÉTICA DESCONHECIDA

DOENÇAS ONCOLÓGICAS — SÁBADO - 28 -10H45 - SALA FILIPE I — LCD #5 — 197

PO-05-45 UMA CAUSA INCOMUM DE ERUPÇÃO CUTÂNEA
PO-05-62 DIAGNÓSTICO DE NEOPLASISAS DURANTE O INTERNAMENTO: ESTUDO RETROSPETIVO
PO-05-76 MASSA BULKY ABDOMINAL: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B
PO-05-77 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO – A PROPOSITO DE UM CASO RARO
PO-05-80 METASTIZAÇÃO CUTÂNEA COMO PRIMEIRO SINAL DIAGNÓSTICO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — SEXTA-FEIRA – 27 - 10H45 - SALA FILIPE I — LCD #5 — 198

PO-05-06 GRAVIDEZ E PUERPÉRIO - UM RISCO PARA DISSEÇÃO CORONÁRIA ESPONTÂNEA?
PO-05-07 A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO GENÉTICO NO CONTROLO TENSIONAL EM HIPERTENSOS
PO-05-38 ENDOCARDITE POR STAPHYLOCOCCUS SPP. – UMA PATOLOGIA COM MORBILIDADE E MORTALIDADE ACENTUADAS
PO-05-39 UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE: ENDOCARDITE COM EMBOLIZAÇÃO SISTÉMICA
PO-05-40 NA HIPERTENSÃO ARTERIAL AS LESÕES DE ÓRGÃO ALVO SÃO PREDITIVAS DE PIOR PROGNÓSTICO?

POSTERES COM DISCUSSÃO

DOENÇAS ONCOLÓGICAS	SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I	LCD #7	200

PO-07-72 ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-07-76 LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-07-77 SARCOMA SINOVIAL – A AUSÊNCIA DE MELHORIA CLÍNICA COMO GUIA PARA O DIAGNÓSTICO
PO-07-78 DERRAMES PLEURAIS NEOPLÁSICOS – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
PO-07-79 HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA NA ORIGEM DE TRÊS NEOPLASIAS SÍNCRONAS?

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS	SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I	LCD #7	201

PO-07-37 PARAGANGLIOMA DO SEIO CAROTÍDEO - UMA CAUSA RARA DE SÍNCOPE
PO-07-38 FRACTURAS PATOLÓGICAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-07-39 HIPERCALCÉMIA HIPOCALCIÚRICA FAMILIAR, UM DIAGNÓSTICO GENÉTICO DEPOIS DOS 70
PO-07-40 DOENÇA DE FAHR – UMA ENTIDADE DE DIAGNÓSTICO INFREQUENTE
PO-07-80 CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE, RECORRÊNCIA GANGLIONAR COM APRESENTAÇÃO INVULGAR

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I	LCD #9	202

PO-09-69 TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA – UM DIAGNÓSTICO BRONCOSCÓPICO SILENCIOSO
PO-09-82 UMA PNEUMONIA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA NUM JOVEM DE 28 ANOS
PO-09-83 PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA- A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-09-84 PNEUMONIAS DE ASPIRAÇÃO NUMA DOENTE OBESA
PO-09-85 DISPNEIA OBSTRUTIVA – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS	SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I	LCD #9	204

PO-09-08 PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE CROHN
PO-09-21 UM CASO DE DISFAGIA MULTIFATORIAL
PO-09-41 PANCREATITE HIPERTRIGLICERIDÉMICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA
PO-09-46 UM MAL NUNCA VEM SÓ
PO-09-49 COLITE LINFOCÍTICA ASSOCIADA A LANSOPRAZOL, COMO CAUSA DE DIARREIA CRÓNICA

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #10	205

PO-10-56 A PNEUMONIA QUE ERA TUBERCULOSE
PO-10-57 QUILOTÓRAX – UMA ETIOLOGIA RARA
PO-10-63 ABCESSOS PULMONARES SECUNDÁRIOS A TROMBOFLEBITE SÉPTICA
PO-10-67 PNEUMONIA E PNEUMONIA SEVERITY INDEX 20 (PSI-20): QUANDO INTERNAR?
PO-10-70 HEMOPTISES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #10	206

PO-10-20 AGRANULOCITOSE COM PLASMOCITOSE MEDULAR INDUZIDA POR TIAMAZOL
PO-10-27 UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL
PO-10-53 TROMBOSE VENOSA JUGULAR: QUANDO A INFECÇÃO SE ALIA À PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA
PO-10-54 FRATURA ÓSSEA REVELADORA
PO-10-55 PANCITOPENIA, A MESMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DUAS DOENÇAS DISTINTAS.

POSTERES COM DISCUSSÃO

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #11	208

PO-11-55 NEUROSSÍFILIS: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO NUMA UNIDADE DE AVC?
PO-11-60 NEOPLASIA E AVC: A SUA RELAÇÃO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-11-64 CISPLATINA E HIPOMAGNESÉMIA: CAUSAS RARAS DE AVC A CONSIDERAR

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #11	208

PO-11-69 PADRÃO DE PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
PO-11-72 ANEMIA HEMOLÍTICA POR DÉFICE DE GLICOSE-6-FOSFATO-DESIDROGENASE - UM CASO CLINICO

MEDICINA GERIÁTRICA	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #12	209

PO-12-52 SCORE PREDITIVO DE RISCO DE INSUFICIÊNCIA RENAL E MORTALIDADE EM DOENTES COM RABDOMIÓLISE

OUTROS	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #12	209

PO-12-56 ESCLEROSE TUBEROSA – UM CASO TÍPICO
PO-12-57 ESTADO DE MAL NÃO CONVULSIVO: ESTUDO RETROSPETIVO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
PO-12-69 SINALIZAÇÃO À REDE NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES	SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #12	210

PO-12-01 SÍNDROME ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDICO – CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA HOSPITALAR
PO-12-17 LINFOHISTIOCITOSE HEMAFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA

DOENÇAS HEPÁTICAS	SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #12	211

PO-12-28 TOXICIDADE HEPÁTICA INDUZIDA POR DOSES BAIXAS DE CICLOFOSFAMIDA
PO-12-38 LESÃO HEPÁTICA MEDICAMENTOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-12-41 HEPATITE C CRÓNICA - NOVOS TRATAMENTOS E LÍPIDOS

DOENÇAS CARDIOVASCULARES	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #14	212

PO-14-01 EMBOLIZAÇÃO SISTÉMICA DE MIXOMA AURICULAR
PO-14-51 TERAPÊUTICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ATUALIDADE – AS GUIDELINES
PO-14-56 SÍNDROME DE WELLENS: UM PADRÃO A RELEMBRAR

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #14	212

PO-14-67 OSTEOARTRITE EROSIVA: UMA ENTIDADE A TER EM CONTA
PO-14-69 UM CASO DE OSTEOPOROSE IDIOPÁTICA MASCULINA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #14	213

PO-14-57 RICKETSIOSE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA
PO-14-58 DOENÇA DE WEIL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-14-59 LESÕES CUTÂNEAS PERIANAIS ATÍPICAS EM DOENTE COM INFECÇÃO PELO VIH – TRATAMENTO EFICAZ COM IMIQUIMOD TÓPICO 5%
PO-14-60 PNEUMONIA A PASTEURELLA CANIS: CASO CLÍNICO
PO-14-61 ENDOCARDITE E OSTEOMIELITE – CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

POSTERES COM DISCUSSÃO

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #16	214

PO-16-02 INFEÇÃO DE PRÓTESE AÓRTICA POR STAPHILOCOCCUS AUREUS ASSOCIADA A EMBOLIZAÇÃO MULTISSISTÉMICA

PO-16-04 UMA CO-INFECÇÃO INCOMUM: TUBERCULOSE E BRUCELOSE

PO-16-08 COLITE A CMV EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: UMA CAUSA RARA DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO

PO-16-16 PATOLOGIA ENDOMETRIAL E A SUA RELAÇAO COM O TAMOXIFENO

PO-16-78 CARCINOMA HEPATOCELULAR - DOIS CASOS DE METASTIZAÇÃO RARA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II	LCD #16	216

PO-16-01 LISTERIOSE - ESTATÍSTICA DE UM SERVIÇO

PO-16-03 A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: PATOLOGIA DO COLON SECUNDÁRIA A BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS

PO-16-05 O QUE ESCONDE UMA LOMBALGIA DE ESFORÇO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-16-06 LEPTOSPIROSE: CAUSA INCOMUM DE SÍNDROME DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA AGUDA

PO-16-07 UM ESTRANHO CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES **LCD #1** **218**

PO-01-02 TRÊS EM UM!
PO-01-03 SÍNDROME DE SWEET IDIOPÁTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-01-04 UM CASO DE NEUROPATIA PERIFÉRICA AUTO-IMUNE
PO-01-05 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E SINDROME ANTI-FOSFOLIPIDO: JUNTOS MAS NÃO MISTURADOS
PO-01-06 PÊNFIGO VULGAR- UMA RARA ASSOCIAÇÃO COM MORFEIA.
PO-01-07 SÍNDROME PULMÃO-RIM: UM DIAGNÓSTICO DE APARECIMENTO INSIDIOSO
PO-01-08 DO EDEMA NOS MEMBROS INFERIORES ATÉ À SARCOIDOSE – O DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-01-09 DOENÇA DE STILL NO ADULTO
PO-01-10 SARCOIDOSE SISTÉMICA E PORFIRIA CUTÂNEA TARDA: UM LÚPUS MASCARADO
PO-01-11 MUITO MAIS QUE UM RAYNAUD
PO-01-12 ENDOCARDITE "TRANSFORMADA" EM SÍNDROME DE CHURG STRAUSS: PARA QUE SERVE O INTERNISTA.
PO-01-13 CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-14 FEBRE REUMÁTICA NO SÉCULO XXI
PO-01-15 UM CASO DE LÚPUS EM HOMEM JOVEM
PO-01-16 ERITEMA NODOSO E SUA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA
PO-01-17 ADENOPATIAS EM MULHER JOVEM
PO-01-18 FEBRE: NEM SEMPRE É INFEÇÃO!
PO-01-19 SÍNDROME LÖFGREN: UMA FORMA AGUDA DE SARCOIDOSE
PO-01-20 UM CASO DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA
PO-01-21 ANEMIA DE ADDISON-BIERMER:UM CASO CLÍNICO
PO-01-22 A TOSSE NA ARTRITE DE CÉLULAS GIGANTES-UM SINTOMA POUCO FREQUENTE
PO-01-23 LINFOMA, HIPERTENSÃO ARTERIAL E QUE MAIS?
PO-01-24 APRESENTAÇÃO CUTÂNEA DA POLIARTRITE NODOSA
PO-01-25 VASCULITE DE IGA NO ADULTO - UM CASO CLÍNICO
PO-01-27 DOENÇA RENAL TERMINAL INDUZIDA POR VASCULITE EM DOENTE COM NEFROPATIA DIABÉTICA
PO-01-28 POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA, UM ACHADO INESPERADO
PO-01-29 DOENÇA DE BEHÇET - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-30 EVENTOS TROMBÓTICOS - DA PROFILAXIA À AUTOIMUNIDADE
PO-01-31 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR
PO-01-33 CORRELAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICAS NO SÍNDROME DE SJÖGREN
PO-01-34 HEPATITE AUTOIMUNE INDUZIDA POR ADALIMUMAB
PO-01-35 ESCLEROSE SISTÉMICA DIFUSA
PO-01-36 ARTRITE REATIVA – UMA "ALTERNATIVA" À ARTRITE REUMATOIDE
PO-01-37 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, FINALMENTE…

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS **LCD #1** **226**

PO-01-45 NEUROCISTICERCOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-46 SÍNDROME DE WEIL
PO-01-47 ÚLCERA DO MIE NUM DOENTE IMUNODEPRIMIDO
PO-01-48 ENDOCARDITE INFECCIOSA - CRÓNICAS DE UMA INFECÇÃO CRÓNICA
PO-01-49 TUBERCULOSE DISSEMINADA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-50 UMA DOENTE: DUAS PATOLOGIAS RARAS
PO-01-51 ENDOCARDITE INFECIOSA: QUANDO A HISTÓRIA ACELERA E SE AUSCULTA
PO-01-52 SINTOMAS COMUNS... DIAGNÓSTICO RARO
PO-01-53 UM SUSPEITO (IN)COMUM
PO-01-54 CONSULTA DE INFECCIOLOGIA/VIH - REVISÃO ESTATÍSTICA
PO-01-56 FALÊNCIA MULTIORGÂNICA POR RICKETSIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-01-57 TOXOPLASMOSE CEREBRAL - CASO CLÍNICO
PO-01-58 PARVOVIRUS B19 NO ADULTO - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
PO-01-59 TUBERCULOSE PULMONAR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-60 RAMSEY-HUNT REVISITADO
PO-01-61 TUBERCULOSE - A GRANDE IMITADORA
PO-01-62 MENINGOENCEFALITE VIRAL ASSOCIADA AO VIH - UM CASO CLÍNICO
PO-01-63 STREPTOCOCCUS GRUPO G - AGENTES EM CRESCIMENTO
PO-01-64 INFEÇÃO RESPIRATÓRIA POR COXIELLA BURNETII
PO-01-65 UM CASO DE DÉFICE NEUROLÓGICO DE CAUSA INFECCIOSA
PO-01-66 TUBERCULOSE PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-01-67 UMA MULTIPLICIDADE DE INFECÇÕES VÍRICAS…A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-68 MENINGITE APÓS INFECÇÃO POR HERPES ZOSTER: UMA COMPLICAÇÃO RARA
PO-01-69 NÓDULOS INTRA-ABDOMINAIS E GANGRENA DIGITAL COMO COMPLICAÇÕES DE DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA
PO-01-70 INFECÇÃO E TROMBOSE - COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO?
PO-01-71 LEISHMANIOSE EM MEIO RURAL
PO-01-72 TOXOPLASMOSE – UMA DOENÇA DE IMUNODEPRIMIDOS?
PO-01-73 UMA COMPLICAÇÃO RARA DE PNEUMONIA
PO-01-74 CRÓNICAS DE UMA PAN-RESISTÊNCIA - UM CASO CLÍNICO
PO-01-75 PNEUMONIA A VARICELA NA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-01-76 INFEÇÃO VIH NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA – O QUE MUDOU EM 10 ANOS?
PO-01-77 MENINGOENCEFALITE POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS E INFECÇÃO HIV EM DOENTE COM LESÃO VASCULAR ISQUÉMICA AGUDA
PO-01-78 DA SUSPEITA DE NEOPLASIA AO DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITE INFECIOSA
PO-01-79 FUNGOS: ONDE E A QUEM PROCURAR.
PO-01-80 FASCIOLÍASE
PO-02-01 TROMBOSE DA VEIA CAVA INFERIOR RELACIONADA COM INFECÇÃO POR HIV?
PO-02-02 TUBERCULOSE GANGLIONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-03 HEPATITE D, COMO FATOR DE DESCOMPENSAÇÃO DE DOENÇA HÉPTICA CRONICA- QUANDO SUSPEITAR?
PO-02-04 DOR OCULAR: A MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA
PO-02-05 STREPTOCOCCUS ANGINOSUS: A IDENTIFICAÇÃO É CLINICAMENTE IMPORTANTE?
PO-02-06 CONFIAR NA INTUIÇÃO
PO-02-07 SÍNDROME FEBRIL - UM CASO DE POLISSEROSITE POR PARVOVÍRUS B19
PO-02-08 SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO - ETERNO DESAFIO
PO-02-09 CITOPENIAS ASSOCIADAS AO VIH – CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA
PO-02-10 ABCESSOS PULMONARES – A EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
PO-02-11 QUANDO O CULPADO SE MANTEM OCULTO
PO-02-12 ENDOFTAMILTE ENDOGENA FATAL?
PO-02-13 HEPATITE E – UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE HEPATITE AGUDA
PO-02-14 UM CASO DE ENTERITE AGUDA POR FEBRE TIFOIDE
PO-02-15 DERRAME PERICÁRDICO: UMA APRESENTAÇÃO RARA NA DOENÇA DE LYME?
PO-02-16 SEGREDOS DE UM BAÇO: OS QUISTOS QUE INTRIGAM
PO-02-17 ERITEMA NODOSO RECIDIVANTE, A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO HISTOLÓGICO DIRIGIDO
PO-02-18 ATITUDES PREVENTIVAS DE COMPLICAÇÕES INFECIOSAS NOS DOENTES INTERNADOS
PO-02-19 INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO COM ISOLAMENTO MICROBIOLÓGICO
PO-02-20 DOENÇA DE LYME: 2 CASOS, 2 FASES DA MESMA DOENÇA
PO-02-21 MENINGO-ENCEFALITE A HERPES-ZOSTER

PO-02-22 UMA ASSOCIAÇÃO PERIGOSA: SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON E VIH
PO-02-23 " BARRIGA D´ÁGUA" – UM CASO DE TUBERCULOSE PERITONEAL
PO-02-24 FEBRE TIFOIDE – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM
PO-02-25 QUANDO O GATO É O PIOR INIMIGO DO HOMEM
PO-02-26 MUITO MAIS QUE UMA SIMPLES VARICELA
PO-02-27 PARÉSIA DO III PAR CRANIANO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-28 UM CASO DE DERRAME PLEURAL E PSORÍASE - RELATO DE CASO
PO-02-29 MENINGITE A VÍRUS VARICELA ZOSTER (VVZ) E SÍNDROMA DE RAMSAY HUNT "SINE HERPETE" EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE.
PO-02-30 UMA CAUSA RARA DE VASCULITE
PO-02-31 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS - O GRANDE SIMULADOR
PO-02-32 ASCITE EM DOENTE JOVEM: DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-02-33 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA COM INFECÇÕES POR AGENTES MULTIRRESISTENTES
PO-02-34 PNEUMONIA POR LEGIONELLA – APRESENTAÇÃO ATÍPICA
PO-02-35 PORQUE A CLÍNICA AINDA MANDA
PO-02-36 SALMONELOSE NÃO TIFÓIDE: UM CASO DRAMÁTICO
PO-02-37 RICKETSIOSE COM QUADRO DE CHOQUE E DISFUNÇÃO MULTI-ORGÂNICA
PO-02-38 ESPIROQUETAS!
PO-02-39 GUILLAIN BARRÉ & HIV: UMA COMBINAÇÃO POUCO FREQUENTE
PO-02-40 MENINGOENCEFALITE ASSÉTICA EM DOENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
PO-02-41 HEPATITE A AGUDA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-42 ENDOCARDITE DE ELETROCATÉTER A STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS
PO-02-43 TUBERCULOSE INTESTINAL – UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL
PO-02-44 STRONGYLOIDES STERCORALIS EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDA
PO-02-45 ENDOCARDITE A LACTOBACILLUS CASEI
PO-02-46 TAMPONAMENTO CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-47 A IMPORTÂNCIA DO METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO.
PO-02-48 ENCEFALITE HERPÉTICA
PO-02-49 VIH E LINFOMA DO PÉNIS
PO-02-50 ABCESSO EPIDURAL VERTEBRAL-UM DIAGNÓSTICO DIFICIL
PO-02-51 ESPONDILODISCITE EM MULHER JOVEM - CASO CLÍNICO
PO-02-52 MIELITE TRANSVERSA POR VÍRUS VARICELA ZOSTER: A PRÓPOSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-53 LINFOGRANULOMA VENÉREO - UM CASO CLÍNICO
PO-02-54 QUANDO A CLÍNICA FAZ O DIAGNÓSTICO FINAL DE UMA SÍNDROME FEBRIL
PO-02-55 AINDA MAL DE MUITA GENTE (MAL DE POTT)
PO-02-56 BRUCELOSE
PO-02-57 UM CASO DE ERISIPELA
PO-02-58 LEISHMANIOSE VISCERAL RECORRENTE
PO-02-59 NEUROBORRELIOSE – RELATO DE CASO
PO-02-60 SIALADENITE ASSOCIADA AO VIH
PO-02-61 A GRANDE IMITADORA – UM CASO CLÍNICO
PO-02-62 EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA - CASO CLÍNICO
PO-02-63 TUBERCULOSE DISSEMINADA– A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ADENOPATIAS
PO-02-64 PIOMIOSITE POR STAPLYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE. RELATO DE UM CASO.
PO-02-65 A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ESPONDILODISCITE E ABCESSO DO PSOAS
PO-02-66 HIDATIDOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-67 UM CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR E INFEÇÃO VIH

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-02-68 ENDOFTALMITE E MENINGITE A MRSA EM DOENTE DA COMUNIDADE
PO-02-69 UMA COMPLICAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE
PO-02-70 O QUE ESCONDE UMA ADENOPATIA INGUINAL?
PO-02-71 SARCOIDOSE – UM PUZZLE DE MANIFESTAÇÕES DE LESÕES DE ÓRGÃO
PO-02-72 PATOGÉNEO À VISTA
PO-02-73 EMPIEMA A M. TUBERCULOSIS
PO-02-74 O QUE ESCONDE UMA DOR OSTEOARTICULAR
PO-02-75 A PROPÓSITO DE UM CASO DE FILARIOSE (LOA LOA)
PO-02-76 "AQUI HÁ RATO": A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-02-77 ENDOCARDITE INFECIOSA PROTÉSICA TARDIA POR GRANUTICATELLA ELEGANS
PO-02-78 NEM TUDO É O QUE PARECE ...
PO-02-79 DA SÍNDROME RENOCÁRDICA AGUDA À ESPONDILODISCITE SÉPTICA
PO-02-80 SÍNDROME DE WEIL, DA CLÍNICA À EPIDEMIOLOGIA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES **LCD #3** **255**

PO-03-01 AN UNUSUAL CASE OF LEFT VENTRICULAR REMODELING
PO-03-02 SERÁ O VIH A CAUSA DA MIOCARDIOPATIA DILATADA ?
PO-03-03 ENDOCARDITE DE PRÓTESE AÓRTICA BIOLOGICA POR BRUCELLA - UMA ENTIDADE NOSOLOGICA A NÃO ESQUECER
PO-03-04 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE DISSEÇÃO DA AORTA
PO-03-05 NAVALHA DE OCCAM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-03-06 SINDROME PLATIPNEA-ORTODESÓXIA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-07 AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA DE HIPERTENSOS TRATADOS POR CARDIOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA: DADOS PRELIMINARES
PO-03-08 CORRELAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL DO D-DIMERO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO
PO-03-09 TROMBOEMBOLIA PULMONAR NA PRÁTICA CLÍNICA – CASUÍSTICA DE INTERNAMENTO
PO-03-10 DERRAME PERICÁRDICO RECIDIVANTE - A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO
PO-03-11 COMPLICAÇÃO TARDIA DA ENDOCARDITE INFECIOSA
PO-03-12 O CORAÇÃO INFILTRADO
PO-03-15 SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU - UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
PO-03-16 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-17 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-18 PERDA DE CONSCIÊNCIA - QUE DIAGNÓSTICO?
PO-03-20 TROMBOSES ARTERIAIS E VENOSAS - FACTORES DE RISCO, LEITOS VASCULARES INVULGARES E NECESSIDADES TERAPÊUTICAS
PO-03-21 HIPERTENSÃO ARTERIAL: O ASSASSINO SILENCIOSO! NEM SÓ O MIOCÁRDIO SOFRE...
PO-03-22 SÍNDROME DE TROUSSEAU E ENDOCARDITE NÃO INFECCIOSA – O EMBOLISMO LEVADO AO EXTREMO – CASO CLÍNICO
PO-03-23 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESQUERDA MULTIFATORIAL
PO-03-24 MIOCARDIOPATIA DILATADA POR PARVOVÍRUS 19: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-25 UM CASO DE VARIANTE INCOMUM DE MIOCADIOPATIA TAKOTSUBO
PO-03-26 MENINGITECOMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DA ENDOCARDITE INFECCIOSA
PO-03-27 JUSTIFICA-SE DOSEAR A TSH EM TODOS OS DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA?
PO-03-28 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PROVOCADA, OU ALGO MAIS?
PO-03-29 SÍNDROME DRESS E ENDOCARDITE AGUDA BACTERIANA PRECIPITADAS PELO ALOPURINOL
PO-03-30 UM CASO DE ENDOCARDITE INFECIOSA COM QUADRO NEUROLÓGICO AGUDO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL

PO-03-31 O IMPACTO DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR NO RISCO DE MORTE EM DOENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO
PO-03-32 SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA EM IDADE JOVEM
PO-03-33 UMA CAUSA RARA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
PO-03-34 HEMATOMA ESPONTANEO DA PAREDE ABDOMINAL
PO-03-35 UM CORAÇÃO DO TAMANHO DO MUNDO
PO-03-36 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, A IMPORTÂNCIA DE SABER A CAUSA
PO-03-37 A PROBLEMÁTICA DA ANTICOAGULAÇÃO NA ENDOCARDITE INFECCIOSA
PO-03-38 DISAUTONOMIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

DOENÇAS RENAIS — LCD #3 — 264

PO-03-46 CASO CLÍNICO DE HEPATITE B CRÓNICA E SINDROME NEFRÓTICO
PO-03-47 AMILOIDOSE SECUNDÁRIA A BRONQUIECTASIAS INFETADAS
PO-03-48 NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA À LEVOFLOXACINA
PO-03-49 NEFROTOXICIDADE ASSOCIADA AO ACICLOVIR
PO-03-50 APRESENTAÇÃO DESFAZADA NO TEMPO DE ALTERAÇÃO CONGÉNITA FREQUENTE EM DOENTE COM DOENÇA HEREDITÁRIA RARA
PO-03-51 HIPOCOAGULAÇÃO E RISCO DE DOENÇA RENAL ATEROEMBÓLICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-52 APARENTEMENTE UMA SIMPLES PIELONEFRITE AGUDA QUE OCULTAVA ALGO MAIS…
PO-03-53 TROMBOSE DA ARTÉRIA RENAL – 2 CASOS CLÍNICOS
PO-03-54 RELAÇÃO CAUSA/CONSEQUÊNCIA – HÁ MAIS PARA ALÉM DAS INFECÇÕES!
PO-03-55 SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTI-DIURÉTICA – NEM SEMPRE É EVIDENTE
PO-03-56 HIPOCALIÉMIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-57 UMA PIELONEFRITE NEM SEMPRE VEM SÓ
PO-03-58 AMILOIDOSE RENAL SECUNDÁRIA
PO-03-59 A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: SINDROME NEFROTICO POR LESÃO MINIMA REFRACTÁRIO A CORTICOTERAPIA
PO-03-60 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA
PO-03-61 SÍNDROME NEFRÓTICO – QUAL A ETIOLOGIA?
PO-03-62 LESÃO RENAL AGUDA PÓS RENAL SECUNDÁRIA A FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA
PO-03-63 INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO: A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
PO-03-64 HEMODIÁLISE NO TRATAMENTO DO MIELOMA – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-65 PROTEINÚRIA NEFRÓTICA – UM QUADRO CLÍNICO MULTIFACTORIAL
PO-03-66 SÍNDROME DE FANCONI ASSOCIADO A FÁRMACOS
PO-03-67 LESÃO RENAL AGUDA: UMA ETIOLOGIA INCOMUM
PO-03-68 LESÃO RENAL AGUDA: CASO CLINICO
PO-03-69 UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA
PO-03-70 QUANDO A CIRURGIA É O MENOR DOS PROBLEMAS…
PO-03-71 SÍNDROME NEFRÓTICO –UM CASO CLINICO
PO-03-72 HEMATÚRIA RECORRENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-73 HIPOCALEMIA GRAVE – QUAL O LIMITE COMPATÍVEL COM A VIDA?
PO-03-74 PIELONEFRITE AGUDA - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2 ANOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL DISTRITAL
PO-03-75 GLOMERULOSCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-03-76 UM CASO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
PO-03-77 GLOMERULONEFRITE EM OCTAGENÁRIA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS — LCD #4 — 272

PO-04-01 PANCITOPÉNIA EM DOENTE COM COINFEÇÃO VIH/VHC

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-04-02 LINFADENITE INGUINAL – UM CASO QUE CONTAGIA

PO-04-03 O QUEIJO QUE ME IA MATAR

PO-04-04 AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPOSIÇÃO DOS SERES HUMANOS DA REGIÃO COVA DA BEIRA AO AGENTE ZOONÓTICO LEISHMANIA INFANTUM

PO-04-05 UM CASO DE MENINGOCOCCÉMIA NO IDOSO

PO-04-06 ENDOCARDITE A PROTEUS MIRABILLIS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-04-07 PIOMIOSITE DA COXA E ARTRITE SÉPTICA SACRO-ILÍACA CONTRALATERAL COMO COMPLICAÇÃO DE CATETERISMO CARDÍACO EM DOENTE EM HEMODIÁLISE

PO-04-08 AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPOSIÇÃO DO SER HUMANO AO AGENTE ZOONÓTICO TOXOPLASMA GONDII

PO-04-09 DOR TORÁCICA PERSISTENTE

PO-04-10 UMA DOENÇA RARA COM UMA ORIGEM COMÚM.

PO-04-11 QUANDO UMA GEA MIMETIZA UM AVC...

PO-04-12 TOXOPLASMOSE CEREBRAL, NEUROSIFILIS E SIDA REVELADAS APÓS AVC ISQUÉMICO

PO-04-13 PATOLOGIA DO "CORAÇÃO DIREITO" – UM CASO DE ENDOCARDITE REFRACTÁRIA COMPLICADA

PO-04-14 UMA FEBRE RURAL

PO-04-15 OSTEOMIELITE VERTEBRAL, UM DIAGNÓSTICO QUE PRESUME ELEVADO GRAU DE SUSPEITA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-04-16 UM CASO FATAL DE MENINGITE MENINGOCÓCICA

PO-04-17 CORPO ESTRANHO - UMA CAUSA ABDOMINAL DE SÉPSIS

PO-04-18 NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-04-19 ESPONDILODISCITE A STAPHYLOCOCCUS WARNERI EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

PO-04-20 ENDOCARDITE INFECIOSA COM ROTURA DE ANEURISMA MICÓTICO.

PO-04-21 GASTROENTERITE… OU TALVEZ NÃO!

PO-04-22 PNEUMONIA POR INFLUENZA A - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-04-23 QUANDO UMA PNEUMONIA SE TRANSFORMA NUMA NOCARDIOSE COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO INVASIVA

PO-04-24 LEPTOSPIROSE – CASUÍSTICA DE UM CENTRO URBANO

PO-04-25 UMA CAUSA RARA DE TROMBOSE INTRA-ABDOMINAL EXTENSA

PO-04-26 ABCESSO DENTÁRIO COMO PONTO DE PARTIDA PARA INFEÇÃO DISSEMINADA

PO-04-27 TUBERCULOSE MENÍNGEA – QUANDO SUSPEITAR?

PO-04-28 FEBRE DE CAUSA INDETERMINADA - INFEÇÃO PRÓTESE AORTO-BIFEMORAL

PO-04-29 COLITE POR CITOMEGALOVIRUS EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: DESCRIÇÃO DE UM CASO

PO-04-30 ELA ESTÁ DE VOLTA… VÁRIAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA TUBERCULOSE

PO-04-31 MALÁRIA - 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

PO-04-32 ERYTHROVIRUS HUMANO B19, O CONHECIDO PARVOVÍRUS B19

PO-04-33 ESPONDILODISCITE A STAPHYLOCOCCUS HOMINIS - DESAFIO CLÍNICO, ETIOLOGIA INVULGAR

PO-04-34 ESTADO DE MAL EPILÉPTICO POR NEUROCISTICERCOSE

PO-04-35 CAUSA RARA DE SÍNDROME FEBRIL

PO-04-36 INFECÇÃO VIH : HIPERCALIEMIA GRAVE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO

PO-04-37 NEM SEMPRE O QUE PARECE É... ESPONDILODISCITE, UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER.

PO-04-38 RINOSINUSITE DE ETIOLOGIA INVULGAR

PO-04-39 HEPATITE AGUDA DE ETIOLOGIA INVULGAR

PO-04-40 INFECÇÃO VIH EM LATE-PRESENTERS: UM CASO CLÍNICO

PO-04-41 DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA - ´MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR´

PO-04-42 DOR LOMBAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

PO-04-43 DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DE MICROABCESSOS HEPÁTICOS MÚLTIPLOS: O PAPEL DA COLANGIO-RM

PO-04-44 MALÁRIA, À TERCEIRA É DE VEZ …

PO-04-45 FEBRE ESCARO-NODULAR: UM EXANTEMA A NÃO ESQUECER

PO-04-46 UM CASO DE EOSINOFILIA

PO-04-47 CISTITE ENFISEMATOSA: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA
PO-04-48 ENDOCARDITE INFECCIOSA – QUANDO O ANTIBIÓTICO NÃO É SUFICIENTE
PO-04-49 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA - UMA ETIOLOGIA INFECCIOSA
PO-04-50 PNEUMONIA CAVITADA A CORYNEBACTERIUM PROPINQUUM
PO-04-51 ABCESSO DE LOCALIZAÇÃO INCOMUM
PO-04-52 RASH CUTÂNEO E DOR ABDOMINAL
PO-04-53 MENINGITE PURULENTA: 7 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA
PO-04-54 LISTERIOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-04-55 O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA MIMETIZANTE
PO-04-56 PIELONEFRITE AGUDA EM DOENTE COM BACTERIEMIA POR YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS
PO-04-57 HEMIPARÉSIA NUM DOENTE IDOSO – ILUSTRAÇÃO DE UM CASO DE INFECÇÃO VIRAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
PO-04-58 SÉPSIS E O CORAÇÃO - NEM TUDO É LINEAR
PO-04-59 UM RARO CASO DE MENINGITE ASSÉPTICA POR LEPTOSPIRA SPP.
PO-04-60 COLITE POR CITOMEGALOVIRUS COM ATINGIMENTO CUTÂNEO EM DOENTE HIV+
PO-04-61 UM CASO DE ENDOCARDITE COMPLICADO POR SÍNDROME DE DRESS
PO-04-62 MENINGOENCEFALITE POR RICKETTSIA: UM ATINGIMENTO POUCO FREQUENTE DE UMA DOENÇA COMUM
PO-04-63 MIOPERICARDITE DE CAUSA ATÍPICA
PO-04-64 ENDOCARDITE DE VÁLVULA PROTÉSICA. UM CASO DE INSUCESSO TERAPÊUTICO.
PO-04-65 HEPATITE AGUDA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA INFEÇÃO POR VÍRUS EPSTEIN-BARR (EBV)
PO-04-66 DOENÇA DE HANSEN UM DIAGNÓSTICO A TEMPO - Á PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-04-67 ESPONDILODISCITE INFECIOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-04-68 ROMBOENCEFALITE POR LISTERIA MONOCYTOGENES EM CONTEXTO DE HIPERCORTISOLISMO
PO-04-69 CLOSTRIDIUM DIFFICILE E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
PO-04-70 MICETOMA POR FUNGO NEGRO: UM DIAGNÓSTICO RARO NO CONTINENTE EUROPEU
PO-04-71 SÍNDROME FEBRIL – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
PO-04-72 UM RARO CASO DE MENINGOENCEFALITE A PASTEURELLA MULTOCIDA
PO-04-73 MALÁRIA: UM CASO DE SUCESSO
PO-04-74 INFECÇÃO A PASTEURELLA MULTOCIDA: UM CASO DE PNEUMONIA E BURSITE
PO-04-75 HEMATOQUÉZIA MACIÇA EM IDOSO IMUNOCOMPETENTE
PO-04-76 CITOMEGALOVIRUS – UMA INFECÇÃO SISTÉMICA
PO-04-77 SÍFILIS – UMA DOENÇA ANTIGA MAS ATUAL
PO-04-78 CHOQUE SÉPTICO E FALÊNCIA MULTIORGÂNICA NUM CASO DE LEPTOSPIROSE
PO-04-79 PREVALÊNCIA PONTUAL DE ANTIBIÓTICOS E ASSOCIAÇÃO À FUNCIONALIDADE
PO-04-80 ESPONDILODISCITE A MRSA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — LCD #5 — 292

PO-05-01 EMBRULHADA DE BRUGADA
PO-05-02 A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO CORAÇÃO-CÉREBRO: CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO INVERTIDO ASSOCIADO A SURTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA
PO-05-03 UM CASO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA
PO-05-04 NEURITE ÓPTICA ISQUÉMICA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA
PO-05-05 CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA
PO-05-08 EXAMES COMPLEMENTARES E ACUIDADE DIAGNÓSTICA: A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA.
PO-05-09 HANGING BY A THREAD: A DECISIVE DIAGNOSIS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS
PO-05-10 PRIORITIES FOR CARDIAC SURGERY IN RHEUMATIC VALVULAR DISEASE
PO-05-11 ENCERRAMENTO DO APÊNDICE AURICULAR ESQUERDO EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR E CONTRAINDICAÇÃO PARA ANTICOAGULAÇÃO ORAL

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-05-12 CAUSA RARA PARA DOR NO MEMBRO SUPERIOR
PO-05-13 SÍNDROME HEMANGIOMATOSO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA – ENTIDADE RARA OU SÍNDROME DE STURGE WEBER INCOMPLETO?
PO-05-14 ANEMIA HEMOLÍTICA CAUSADA POR PRÓTESE MITRAL DISFUNCIONANTE
PO-05-15 CASUÍSTICA DE UMA POPULAÇÃO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
PO-05-16 SINDROME METABÓLICO: A PREVALÊNCIA ESCONDIDA
PO-05-17 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE BÓCIO MULTINODULAR TÓXICO
PO-05-18 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM SÍNDROME AÓRTICO AGUDO
PO-05-19 O POTENCIAL VALOR DA PRESSÃO ARTERIAL CENTRAL, E SEUS DETERMINANTES, NO CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
PO-05-20 EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS
PO-05-21 SCORE GENÉTICO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL POR GÉNERO
PO-05-22 CASUÍSTICA DE DOIS ANOS DE CONSULTA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
PO-05-23 MIOCARDIOPATIA NÃO COMPACTADA - MANIFESTAÇÃO EM IDADE ADULTA
PO-05-24 UMA CAUSA RARA DE ENDOCARDITE
PO-05-25 PERIGOS DA PROFILAXIA – USO DE ENOXAPARINA NO DOENTE INTERNADO
PO-05-26 QUANDO O TROMBOEMBOLISMO NÃO É TROMBOEMBOLISMO
PO-05-27 QUE FACTORES INFLUENCIAM UM BOM CONTROLO TENSIONAL NA MEDIÇÃO AMBULATÓRIA DA PRESSÃO ARTERIAL
PO-05-28 MIOPERICARDITE - 7 ANOS DE CASUÍSTICA DA UNIDADE DE MEDICINA
PO-05-29 RISCO TROMBÓTICO NUM CONTEXTO DE DISCRASIA HEMORRÁGICA
PO-05-30 FIBRILHAÇÃO AURICULAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UM ESTUDO PROSPECTIVO
PO-05-31 UM CASO DE PERICARDITE AGUDA RECIDIVANTE. QUAL A POSSÍVEL CAUSA?
PO-05-32 DISFUNÇÃO SISTÓLICA TRANSITÓRIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: UM CASO CLÍNICO
PO-05-33 UM CASO CLÍNICO DE TRAQUEOBRONQUITE AGUDA QUE AFINAL NÃO ERA ASSIM TÃO LINEAR…
PO-05-34 HEMORRAGIA NOS DOENTES COM DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) ANTICOAGULADOS COM VARFARINA VS. NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS (NACO, RIVAROXABANO®)
PO-05-35 REPOLARIZAÇÃO PRECOCE, NÃO TÃO BENIGNO QUANTO ISSO…
PO-05-36 QUANDO A CLÍNICA APONTA PARA OUTRO DIAGNÓSTICO
PO-05-37 EVIDENCIA ANATOMICA NA HTA

DOENÇAS ONCOLÓGICAS — LCD #5 — 301

PO-05-41 CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR - A PROPÓSITO DE UM CASO DE DISSOCIAÇÃO CLÍNICA-IMAGIOLÓGICA
PO-05-42 MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO - UM CASO TÍPICO COM ATIPIAS
PO-05-43 PSEUDO-SÍNDROME DE MEIGS - DIAGNÓSTICO NA DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
PO-05-46 METÁSTASE CEREBRAL DEVIDO A CARCINOMA DE ESÔFAGO
PO-05-47 COMPRESSÃO MEDULAR POR DOENÇA ONCOLÓGICA
PO-05-48 ABORDANDO O GÂNGLIO DE VIRCHOW
PO-05-49 DA LIPOTIMIA AO TUMOR DIGESTIVO
PO-05-50 A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE AVC DE CAUSA PARANEOPLÁSICA
PO-05-51 UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL
PO-05-52 UM CASO DE PARAPLEGIA
PO-05-53 NEM TUDO O QUE É CÓLICA, É CÁLCULO
PO-05-54 RETENÇÃO URINÁRIA, FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE UM SARCOMA PLEOMÓRFICO
PO-05-55 ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO MULTILOCULADO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR
PO-05-56 QUANDO A DOR NÃO PASSA.

PO-05-57 UMA FORMA DE MANIFESTAÇÃO RARA DE SÍNDROME DE TROUSSEAU – RELATO DE CASO
PO-05-58 NEOPLASIAS SÍNCRONAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-05-59 MAIS DO QUE UMA DOR DE GARGANTA
PO-05-60 ASCITE E CARCINOMA DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO
PO-05-61 SÍNDROME CARCINOIDE - FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TUMOR CARCINOIDE DO PULMÃO
PO-05-63 QUANDO O CORAÇÃO FALA MAIS ALTO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA!
PO-05-64 MIOPATIA INFLAMATÓRIA COMO FORMA APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
PO-05-65 TIMOMA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-05-66 MUITO MAIS QUE UM AVC
PO-05-67 BASES CIENTIFICAS QUE APOIAM O RASTREIO MAMOGRÁFICO OPORTUNISTA DO CANCRO DA MAMA EM MULHERES COM MAIS DE 70 ANOS.
PO-05-68 UMA MARCHA DOLOROSA
PO-05-69 DA DIPLOPIA À NEOPLASIA
PO-05-70 COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO EM DOENTE PORTADOR DE VHB
PO-05-71 NEM TUDO O QUE PARECE É…
PO-05-72 EDEMA FACIAL E LABIAL - NÃO ESQUECER O SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR!
PO-05-73 PNEUMONIA QUE SE TRANSFORMOU NUMA NEOPLASIA.
PO-05-74 QUADRO CONSTITUCIONAL E EDEMAS PERIFÉRICOS, QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?
PO-05-75 ASCITE E EDEMAS DOS MEMBROS INFERIORES - UMA CAUSA RARA
PO-05-78 INFECÇÃO POR VÍRUS DE EPSTEIN-BARR E LINFOMA NÃO HODKING EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
PO-05-79 COMPLICAÇÕES MULTISSISTÉMICAS DE RECIDIVA TUMORAL EM DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO - DIFICULDADES DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO
PO-05-80 METASTIZAÇÃO CUTÂNEA COMO PRIMEIRO SINAL DIAGNÓSTICO

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — LCD #6 — 310

PO-06-02 POLIMIOSITE/DERMATOMIOSITE - PENSAR NO RASTREIO ONCOLÓGICO
PO-06-03 TUBERCULOSE E SÍNDROME DE SJÖGREN: O OVO E A GALINHA
PO-06-04 UMA CAUSA RARA DE ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO
PO-06-05 KIKUCHI E LÚPUS: QUE FRONTEIRAS?
PO-06-06 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE (SPA) TIPO III – CASO CLÍNICO
PO-06-07 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – RELATO DE CASO
PO-06-08 INFECÇÃO E AUTO-IMUNIDADE HEPÁTICA: UM CASO CLÍNICO
PO-06-09 CASO CLÍNICO: VASCULITE ANCA DUPLAMENTE POSITIVA SECUNDÁRIA AO PROPILTIOURACILO
PO-06-10 PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN – UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM
PO-06-11 ANEMIA E PARESTESIAS EM JOVEM: UM CASO DE ANEMIA PERNICIOSA
PO-06-12 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO
PO-06-13 A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE ICTERÍCIA E PRURIDO GENERALIZADO
PO-06-14 DOENÇA CELÍACA: ENTEROCOLOPATIA AUTOIMUNE E MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS
PO-06-15 ERITROMELALGIA: RELATO DE UM CASO
PO-06-16 DOENÇA DE WEBER CHRISTIAN
PO-06-17 DOENÇA DE GOODPASTURE: UMA DOENÇA RARA – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-18 DOENÇA POR CRIOAGLUTININAS E PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA-RELATO DE CASO
PO-06-19 LESÕES CUTÂNEAS MISTERIOSAS …
PO-06-20 UM CASO FLORIDO DE AUTOIMUNIDADE
PO-06-21 MANIFESTAÇÕES RARAS DE HERPES ZOSTER – A PROPÓSITO DE UM CASO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
PO-06-22 POLIARTRALGIAS E PROSTATITE – QUAL A RELAÇÃO?
PO-06-23 DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO INAUGURAL

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-06-24 ANEMIA HEMOLITICA AUTO-IMUNE: UM CASO CLÍNICO
PO-06-25 FEBRE DE CAUSA INDETERMINADA: UM CASO DE DOENÇA DE STILL
PO-06-26 ALERGIA À GLARGINA
PO-06-27 POLIANGEITE MICROSCÓPICA
PO-06-28 TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA - S. OSLER WEBER RENDU
PO-06-29 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA COMO APRESENTAÇÃO DE POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA COM ATINGIMENTO RENAL EXCLUSIVO
PO-06-30 SINDROMA PSEUDOBULBAR COMO APRESENTAÇÃO DE ESCLEROSE SISTÉMICA – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS
PO-06-31 UM CASO CLÍNICO DE TROMBOCITOPENIA SEVERA
PO-06-32 SINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO – UM DESENVOLVIMENTO IMPREVISIVEL?
PO-06-33 HIDROPNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO RECIDIVANTE: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA ARTRITE REUMATÓIDE
PO-06-34 ANEMIA PERNICIOSA E SÍNDROME DE SJOGREN – UMA ASSOCIAÇÃO RARA
PO-06-35 NÓDULOS SUBCUTÂNEOS E FEBRE: A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-06-36 HIPOTIROIDISMO AUTO-IMUNE – UMA HISTÓRIA ENTRE PAI E FILHA!
PO-06-37 DOENÇA INFLAMATÓRIA GRANULOMATOSA SISTÉMICA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-06-38 RECORRÊNCIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: A PONTA DO ICEBERG
PO-06-39 PÚRPURA DE HENOCH SCHÖNLEIN NO ADULTO – SÉRIE DE 3 CASOS
PO-06-40 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO VS. TUBERCULOSE
PO-06-41 DERRAME PLEURAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO INICIAL DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
PO-06-42 SÍNDROME DE DRESS – ACERCA DE UM CASO
PO-06-43 PERICARDITE COMPLICADA DE DERRAME PERICÁRDICO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ARTRITE REUMATÓIDE – CASO CLÍNICO
PO-06-44 AMAUROSE FUGAZ, UMA VERDADEIRA EMERGÊNCIA MÉDICA.
PO-06-45 CRISE RENAL ESCLERODÉRMICA OU LESÃO RENAL POR CRIOGLOBULINAS? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-46 "PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN: A PÚRPURA DA INFÂNCIA NUMA OCTOGENÁRIA."
PO-06-47 SÍNDROME HEMOGAFOCÍTICA UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA – CASO CLÍNICO
PO-06-48 ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS – UM CASO DE SARCOIDOSE
PO-06-49 LESÕES PETEQUIAIS RECORRENTES
PO-06-50 HIPERTENSÃO PULMONAR DE ETIOLOGIA MULTIFATORIAL- A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-06-51 LES COM UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE
PO-06-52 DOENÇAS HEPÁTICAS AUTO-IMUNES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: PERSPECTIVA DO FOLLOW-UP EM CONSULTA
PO-06-53 DERMATOMIOSITE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO CÓLON
PO-06-54 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-55 HEPATITE AUTO-IMUNE E FIBROSE PULMONAR: UM CASO CLÍNICO
PO-06-56 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM FENOMENO DE RAYNAUND ENVIADOS PARA CAPILAROSCOPIA EM 2015
PO-06-57 AVCS DE REPETIÇÃO: UMA CAUSA RARA
PO-06-58 DERRAME PERICÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
PO-06-59 DOENÇA DE GOODPASTURE – UM CASO SINGULAR
PO-06-60 ARTRITE REACIONÁRIA
PO-06-61 ENFARTE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM CREST – CASO CLÍNICO
PO-06-62 ENVOLVIMENTO CARDÍACO NA DOENÇA DE BEHÇET: UMA APRESENTAÇÃO RARA
PO-06-63 DA PTOSE PALPEBRAL À MIASTENIA GRAVIS – UMA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA
PO-06-64 MANIFESTAÇÕES TROMBÓTICAS NO SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-06-65 SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO - INVESTIGA E ENCONTRARÁS
PO-06-66 SAAF: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

PO-06-67 TORACALGIA - SINAL DE ALARME DE CATACLISMO IMUNOLÓGICO?
PO-06-68 SÍNDROME POLIENDÓCRINO AUTOIMUNE E LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO APÓS IMUNIZAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA
PO-06-69 SÍNDROME CONSTITUCIONAL GRAVE - UMA CAUSA RARA
PO-06-70 MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS NO LÚPUS
PO-06-71 DOENÇA DE KIKUCHI E FUJIMOTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-72 VASCULITE SISTÉMICA NO IDOSO COM COMORBILIDADES
PO-06-73 UM CASO DE PIODERMA COMO MANIFESTAÇÃO DE OUTRAS DOENÇAS AUTO IMUNES
PO-06-74 CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA -– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-75 DE VULGAR NADA TEM…
PO-06-76 ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-77 DOENÇA DE BUERGER - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-78 PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-06-79 ASTENIA E FEBRE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ARTERITE DE TAKAYASU
PO-06-80 AS DOENÇAS AUTO-IMUNES E OS DOENTES DE "PAPEL" – RELATO DE CASO

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS LCD #7 330

PO-07-01 LOMBALGIA, SERÁ SEMPRE A PATOLOGIA DA COLUNA?
PO-07-02 LIPOTIMIAS DE REPETIÇÃO E HIPONATRÉMIA: NAS ENTRANHAS DA ENDOCRINOLOGIA
PO-07-03 UMA CAUSA IMPENSÁVEL DE HIPOCALCÉMIA
PO-07-04 QUALIDADE DE SONO NA DIABETES
PO-07-05 HIPOTIROIDISMO UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA EM CUIDADOS INTENSIVOS – CASO CLÍNICO
PO-07-06 TRATAR A DOENÇA DE GRAVES: DIFERENTES DOENTES, DIFERENTES OPÇÕES
PO-07-07 A MAIOR INGESTÃO SALINA RELACIONA-SE COM A SÍNDROME METABÓLICA NUMA AMOSTRA DE DOENTES HIPERTENSOS
PO-07-08 COMPLICAÇOES AGUDAS DA DIABETES MELLITUS – SINDROME HIPERGLICÉMICO HIPEROSMOLAR E CETOACIDOSE DIABÉTICA – A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-07-09 OUVIR OS SINTOMAS E VER OS SINAIS – UM CASO DE HIPOGONADISMO PRIMÁRIO
PO-07-10 HIPOTIROIDISMO – UMA CAUSA RARA DE RABDOMIÓLISE
PO-07-11 QUANDO A HIPOGLICÉMIA NÃO É HIPOGLICÉMIA.
PO-07-12 HIPOPITUITARISMO E HIPONATRÉMIA: CASO CLÍNICO
PO-07-13 UM CASO DE RABDOMIÓLISE NÃO TRAUMÁTICA
PO-07-14 QUANDO O SEGREDO ESTÁ NO CÁLCIO…
PO-07-15 PORFIRIA CUTÂNEA TARDA, ACERCA DE UM CASO CLÍNICO.
PO-07-16 HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA: CAUSA SUBDIAGNOSTICADA
PO-07-17 SIADH SECUNDÁRIO A CARBAMAZEPINA
PO-07-18 DIABETES INAUGURAL - FIM TRÁGICO
PO-07-19 UM ANO DE LIRAGLUTIDE: AVALIAÇÃO DA PERDA PONDERAL E CONTROLO GLICÉMICO
PO-07-20 ESCORBUTO - UMA DOENÇA QUE AINDA EXISTE
PO-07-21 INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL - A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO
PO-07-22 QUE DORES NAS PERNAS!
PO-07-23 DISTÚRBIOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA DE GRAVES
PO-07-24 HIPOTIROIDISMO SECUNDÁRIO ASSOCIADO A SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA
PO-07-25 FRACTURAS PATOLÓGICAS POR CARÊNCIA NUTRICIONAL
PO-07-26 UM CASO CLÍNICO DE HIPOCALCÉMIA DE DIFÍCIL CORRECÇÃO
PO-07-27 NEM SEMPRE O DIAGNÓSTICO MAIS ÓBVIO É O CORRECTO
PO-07-28 HIPERTIROIDISMO INDUZIDO PELA AMIODARONA - UMA BREVE CASUÍSTICA
PO-07-29 PORFIRIA CUTÂNEA TARDA: QUANDO DAR É TERAPÊUTICO

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-07-30 FATORES QUE INFLUENCIAM A GRÁVIDA COM DIABETES GESTACIONAL
PO-07-31 TIREOTOXICOSE TIPO II SECUNDÁRIA À AMIODARONA
PO-07-32 DIABETES INSÍPIDA – 1 DOENÇA, 3 CAUSAS
PO-07-33 TEMPESTADE TIROIDEIA
PO-07-34 ESTEATOHEPATITE NÃO ALCOÓLICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-07-35 ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE ADDISON E DOENÇA DE GRAVES – UM CASO CLÍNICO DE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTO-IMUNE TIPO II
PO-07-36 HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO E ANEMIA FERROPÉNICA

DOENÇAS ONCOLÓGICAS — LCD #7 — 339

PO-07-41 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR (VCS) – CASO CLÍNICO
PO-07-42 POR TRÁS DO EDEMA
PO-07-43 SÍNDROME DEMENCIAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DA MAMA METASTIZADO
PO-07-44 NEOPLASIA DE DIAGNÓSTICO INAUGURAL
PO-07-45 UMA SITUAÇÃO DE ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DO PULMÃO METASTIZADO
PO-07-46 A IMPORTÂNCIA DE INVESTIGAR A ANEMIA FERROPÉNICA
PO-07-47 APRESENTAÇÃO PRIMARIA ATIPICA DA CARCINOMA DO PULMÃO DE CÉLULAS PEQUENA
PO-07-48 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E ENDOCARDITE MARÂNTICA COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE NEOPLASIA OCULTA
PO-07-49 BIÓPSIA ASPIRATIVA VS EXCISIONAL: VALOR DIAGNÓSTICO NAS DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS
PO-07-50 NA AUSÊNCIA DE PROTEÍNA: O DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE MIELOMA NÃO SECRETOR
PO-07-51 A PONTA DO ICEBERG
PO-07-52 PARECIA UM CASO DE TUBERCULOSE
PO-07-53 FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO
PO-07-54 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DO MEMBRO SUPERIOR - SINAL DE ALARME!
PO-07-55 LESÕES ÓSSEAS EXUBERANTES: UM CASO CLÍNICO INVULGAR.
PO-07-56 TUMOR RARO ESCONDIDO POR TRÁS DE SINTOMA COMUM
PO-07-57 EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO- UM AUXÍLIO IMPORTANTE QUANDO A DOENÇA É SILENCIOSA
PO-07-58 ABORDAGEM ETIOLÓGICA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM DOENTE TRANSPLANTADO
PO-07-59 SÍNDROME FEBRIL IN(DETERMINADO)
PO-07-60 METASTIZAÇÃO PULMONAR DE MELANOMA MALIGNO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-07-61 NÓDULO CUTÂNEO - MANIFESTAÇÃO INICIAL DE UMA NEOPLASIA AGRESSIVA
PO-07-62 UTILIDADE DO PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE NA GESTÃO DO USO DE ANTIMICROBIANOS EM DOENTES ONCOLÓGICOS EM FIM DE VIDA
PO-07-63 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DO DERRAME PLEURAL – UM CASO DE DERRAME PLEURAL MALIGNO
PO-07-64 DERRAME PLEURO-PERICÁRDICO – A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO NA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA
PO-07-65 LINFOMA DE HODGKIN E CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS – UMA COINCIDÊNCIA RARA
PO-07-66 TRÊS ANOS DO EVENTO TROMBÓTICO À NEOPLASIA
PO-07-67 ACALÁSIA E SÍNDROME MIASTÉNICO DE LAMBERT-EATON EM CONTEXTO PARANEOPLÁSICO
PO-07-68 PRURIDO, JANELA PARA UM DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO RARO.
PO-07-69 SÍNDROME DE CUSHING EM DOENTE COM TUMOR DO PULMÃO
PO-07-70 ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO SOB TRATAMENTO COM LENALIDOMIDA E DEXAMETASONA
PO-07-71 NEOPLASIA DO OVÁRIO DIAGNOSTICADA POR MEIOS POUCO HABITUAIS

PO-07-73 TUMOR CARCINÓIDE: A IMAGEM SUSPEITA
PO-07-74 NEOPLASIA MUCINOSA DO APÊNDICE – UMA SURPRESA HISTOLÓGICA!
PO-07-75 CONGLOMERADO ADENOPÁTICO CERVICAL

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS **LCD #8** **348**

PO-08-01 LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-02 MACROGLOBULINÉMIA DE WALDENSTROM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-03 HIPEREOSINOFÍLIA NO SANGUE PERIFÉRICO: UM CASO CLINICO INTRIGANTE
PO-08-04 UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE DOR ABDOMINAL E DIARREIA – TROMBOSE DAS VEIAS PORTA E MESENTÉRICA
PO-08-05 CEFALEIAS E VISÃO TURVA PODEM SER UMA EMERGÊNCIA MÉDICA: SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE
PO-08-06 UM CASO ATÍPICO DE DOR TORÁCICA
PO-08-07 ANEMIA PERNICIOSA: UM CASO CLÍNICO
PO-08-08 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA
PO-08-09 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASSOCIADO A LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS
PO-08-10 SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO
PO-08-11 LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICAS - ETIOLOGIA RARA DE FEBRE E ADENOPATIA EM IDADE JOVEM
PO-08-12 CASO CLÍNICO: ESCAPE CADEIAS LEVES - CAUSA DE AGUDIZAÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO
PO-08-13 AGRANULOCITOSE: COMPLICAÇÃO RARA E PERIGOSA DOS ANTI-TIROIDEUS DE SÍNTESE
PO-08-14 AMILOIDOSE CARDÍACA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-15 UMA COMPLICAÇÃO "ESPERADA" DA TROMBOCITOSE ESSENCIAL
PO-08-16 DOENÇA DE GRAVES E ANEMIA PERNICIOSA – ASSOCIAÇÃO ESPERADA?
PO-08-17 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO IDIOPÁTICO - UM CASO CLÍNICO COM ATINGIMENTO PULMONAR
PO-08-18 NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA CRÓNICA – UM DOENTE, TRÊS DIAGNÓSTICOS HEMATO-ONCOLÓGICOS
PO-08-19 POLICITEMIA VERA - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
PO-08-20 TVP EM MULHER COM ALTERAÇÃO DOS FACTORES DE COAGULAÇÃO
PO-08-21 UM CASO DE DISCRASIA HEMORRÁGICA
PO-08-22 LINFOMA DE CÉLULAS T ANGIOIMUNOBLÁSTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-23 SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE PLASMÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-24 DREPANOCITOSE: DA OSTEONECROSE À OSTEOMIELITE
PO-08-25 ENVOLVIMENTO PULMONAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MACROGLOBULINÉMIA DE WALDENSTRÖM
PO-08-26 MACROCITOSE EM DOENTE JOVEM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-27 POLIGLOBULIA IATROGÉNICA NO IDOSO
PO-08-28 A FACE OCULTA DA FOME
PO-08-29 QUANDO A PÚRPURA NO IDOSO NÃO É SENIL
PO-08-30 UMA PNEUMONIA COM MONOCITOSE QUE LEVA A UM DIAGNÓSTICO INTERESSANTE
PO-08-31 ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA
PO-08-32 UMA ASSOCIAÇÃO IMPROVÁVEL?
PO-08-33 ANEMIA NO IDOSO – ALÉM DA MIELODISPLASIA!
PO-08-34 UM CASO DE LINFOMA
PO-08-35 MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DE DOENÇA HEMATOLÓGICA
PO-08-36 DOENÇA DE VON WILLEBRAND SECUNDÁRIA A MIELOMA MÚLTIPLO
PO-08-37 EMBOLIA PULMONAR MACIÇA EM DOENTE JOVEM COM DÉFICE DE ANTITROMBINA III
PO-08-38 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO
PO-08-39 UM CASO DE POLICITEMIA VERA NA CONSULTA EXTERNA

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-08-40 DAPTOMICINA - UM EFEITO SECUNDÁRIO RARO
PO-08-41 DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA COM SUBTIPO HISTOLÓGICO HIALINO-VASCULAR
PO-08-42 A IMPORTÂNCIA DA CARACTERIZAÇÃO DE DOR ÓSSEA.
PO-08-43 VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA ASSOCIADA A DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA- CASO CLÍNICO
PO-08-44 SÍNDROME DE POEMS – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-08-45 CRIOGLOBULINEMIA E UMA CAUSA POUCO COMUM
PO-08-46 TROMBOCITOPENIA RELACIONADA COM CONSUMO DE INFUSÕES E CHÁS
PO-08-47 NÓDULOS PULMONARES: APRESENTAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN
PO-08-48 MICROCITOSE DE NOVO
PO-08-49 SÍNDROME DIAMOND-BLACKFAN – DIAGNÓSTICO NO ADULTO
PO-08-50 DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN-A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-08-51 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE E CITOMEGALOVÍRUS
PO-08-52 DOENÇA POR AGLUTININAS A FRIO – DA ANEMIA À FALÊNCIA MULTIORGÂNICA
PO-08-53 TROMBOCITOPENIA AUTOIMUNNE E INFEÇÃO BACTERIANA - POTENCIAÇÃO DA FAGOCITOSE ESPLÉNICA
PO-08-54 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – O QUE ESTARÁ POR DETRÁS…
PO-08-55 LINFOMA INCLASSIFICÁVEL – COMBINAÇÃO DE ELEMENTOS DE LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS E LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO
PO-08-56 ANEMIA HEMOLÍTICA NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA- CARACTERIZAÇÃO
PO-08-57 MIELOMA MÚLTIPLO NUM ADULTO JOVEM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-08-58 BEZOAR METÁLICO: PARA ALÉM DAS CONSEQUÊNCIAS ÓBVIAS
PO-08-59 LINFADENITE GRANULOMATOSA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-08-60 3 CASOS, 3 ELECTROFORESES, 3 DIAGNÓSTICOS
PO-08-61 PLASMÓCITOS ENCAPOTADOS
PO-08-62 DERRAME PLEURAL DIREITO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?
PO-08-63 MASTOCITOSE SISTÉMIA: QUANDO UMA OMALGIA NÃO DEVE SER DESVALORIZADA
PO-08-64 UMA HEPATITE COLESTÁTICA QUE SE REVELOU SER DOENÇA DE ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO CRÓNICA
PO-08-65 PLASMÓCITO - O GRANDE INVASOR
PO-08-66 TROMBOSE DE SEIOS VENOSOS E OUTRAS QUE TAIS NA POLICITEMIA VERA.
PO-08-67 ANTICOAGULAÇÃO PROFILATICA EM DOENTES JOVENS NO INTERNAMENTO
PO-08-68 UMA GAMA DE HIPÓTESES
PO-08-69 SÍNDROMA DE POEMS E DOENÇA DE CASTLEMAN
PO-08-70 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
PO-08-71 ÁLCOOL COMO FATOR DE RISCO DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA
PO-08-72 LINFOMA NÃO HODGKIN EM FIGADO CIRRÓTICO – UM CASO CLÍNICO
PO-08-73 POLICITÉMIA VERA E SÍNDROMA DE BUDD-CHIARI
PO-08-74 SÍNDROME FEBRIL – "CRÓNICA DE UMA MORTE ANUNCIADA"
PO-08-75 LINFOMA PLASMABLÁSTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-08-76 AGRANULOCITOSE MEDICAMENTOSA – RELATO DE CASO CLÍNICO
PO-08-77 CAUSAS MENOS COMUNS DE ANEMIA FERROPÉNICA
PO-08-78 WATERMELON STOMACH: UMA CAUSA RARA DE ANEMIA
PO-08-79 MASSA PARAVERTEBRAL COMO MANIFESTAÇAO DE LEUCEMIA TIPO ´HAIRY-CELLS´
PO-08-80 HEMOFAGOCITOSE E FEBRE
PO-08-81 SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO IGG1Λ – CASO CLÍNICO
PO-08-82 LINFADENITE GRANULOMATOSA – (MAIS) UM CASO
PO-08-83 UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA, DÉFICE DE VITAMINA B12 OU AMBAS ?
PO-08-84 ICTERÍCIA OBSTRUTIVA COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN B
PO-08-85 UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO MÚLTIPLO - UM ERRO NUNCA VEM SÓ!
PO-08-86 ANEMIA PERNICIOSA COM DOSEAMENTO DE VITAMINA B12 NORMAL
PO-08-87 QUANDO O FÁRMACO NÃO É INÓCUO

PO-08-88 PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITÁRIO – UM ACHADO ACIDENTAL
PO-08-89 POLICETEMIA VERA

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS LCD #9 371

PO-09-01 DISPLASIA NEUROENDÓCRINA ASSOCIADA À SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE
PO-09-02 PANICULITE PANCREÁTICA: RELATO DE DOIS CASOS
PO-09-03 ONDE ESTÁ WALLY? UM CASO DE NEOPLASIA SECUNDÁRIA
PO-09-04 COLITE A CMV NO CONTEXTO DE IMUNOSSENESCÊNCIA
PO-09-05 DA PANCREATITE À HEMORRAGIA DIGESTIVA
PO-09-06 HIPOPROTEINÉMIA POR CAUSA DIFICILMENTE DIAGNOSTICADA
PO-09-07 LINFOMA NÃO HODGKIN: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM
PO-09-09 SUBOCLUSÃO INTESTINAL – A PROPÓSITO DA IATROGENIA
PO-09-10 ÚLCERA PÉPTIDA COMO PONTA DO ICEBERG
PO-09-11 SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADA – CASO CLÍNICO.
PO-09-12 DOENÇA DE CROHN EM IDADE GERIÁTRICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-13 HIPERPLASIA NODULAR MULTIFOCAL VS NEOPLASIA MALIGNA METASTIZADA – UM CASO CLÍNICO
PO-09-14 HEPATITE AUTO-IMUNE: A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO
PO-09-15 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE HIPERPLASIA NODULAR FOCAL DO FÍGADO
PO-09-16 DIVERTÍCULO DE MECKEL E OCLUSÃO INTESTINAL
PO-09-17 DIARREIA CRONICA ASSOCIADA A FÁRMACOS.
PO-09-18 HEPATITE AGUDA COM UMA ETIOLOGIA VÍRICA POUCO FREQUENTE.
PO-09-19 A ENTERITE EOSINOFILICA - UM SEGMENTO DENTRO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS
PO-09-20 TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL EM UM DOENTE COM NEUROROFIBROMATOSE TIPO 1. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-09-22 ESÓFAGO PRETO, UMA ENTIDADE RARA
PO-09-23 A PROPÓSITO DE UM CASO DE SOBRECARGA DE FERRO
PO-09-24 LESÃO ESPLÉNICA SECUNDÁRIA A COLONOSCOPIA
PO-09-25 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA CELÍACA
PO-09-26 COLITE EOSINOFÍLICA NO ADULTO - ALERGIA OU ´PRÓDROMO´ DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?
PO-09-27 ESÓFAGO NEGRO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE NECROSE ESOFÁGICA AGUDA
PO-09-28 ENTEROGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA: RELEVÂNCIA DIAGNÓSTICA NUM CASO DE DOENÇA DE CROHN
PO-09-29 ANEMIA FERROPÉNICA EM IDADE JOVEM: 2 CASOS
PO-09-30 A SEMENTE DE UM GIGANTE PROBLEMA
PO-09-31 ÚLCERAS ORAIS- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-32 APRESENTAÇÃO POUCO COMUM DE UM EFEITO SECUNDÁRIO MUITO FREQUENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-33 DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA ESOFÁGICA COMPLICADA
PO-09-34 PANCREATITE AGUDA PÓS ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
PO-09-35 SÍNDROME DE BOUVERET? BEZOAR? NEOPLASIA DO PÂNCREAS? – UM CASO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL ALTA
PO-09-36 ANEMIA GRAVE EM DESPORTISTA
PO-09-37 COLITE COLAGENOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-38 GIARDÍASE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-39 TROMBOSE DA VEIA PORTA - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS
PO-09-40 COLITE DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-09-42 DOENÇA DE CROHN E MANIFESTAÇÕES EXTRA-INTESTINAIS: UM CASO CLÍNICO
PO-09-43 DOENÇA CELÍACA - A MESMA DOENÇA, DIFERENTES ESPECTROS CLÍNICOS

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-09-44 QUANDO A DIARREIA PERSISTE, QUE DIAGNÓSTICOS CONSIDERAR?
PO-09-45 PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA: CASUÍSTICA DE 55 CASOS DE UM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL CENTRAL
PO-09-47 GIST – DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-48 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO SECUNDÁRIO A ANEMIA DE CAUSA DESCONHECIDA
PO-09-50 BACTERIÉMIA FORA DO VULGAR
PO-09-51 O ERITEMA NODOSO NUNCA VEM SÓ...
PO-09-52 UM CASO RARO DE ANEMIA
PO-09-53 FALTA DE TOLERÂNCIA
PO-09-54 ERITEMA NODOSO: QUANDO O SUPERFICIAL FAZ DESCOBRIR O PROFUNDO
PO-09-55 A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO DE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA
PO-09-56 PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL CRÓNICA E TROMBOSE VENOSA MESENTÉRICA
PO-09-57 "O COMPRIMIDO QUE FICOU PELO CAMINHO! – ESOFAGITE EOSINOFÍLICA"
PO-09-58 ENTEROPATÍA AUTOIMUNE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-09-59 DOENÇA CELÍACA – APRESENTAÇÃO EM IDADE TARDIA
PO-09-60 SÍNDROMES DE OVERLAP: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
PO-09-61 DERRAME PLEURAL: A PROPÓSITO DE UM CASO INSÓLITO
PO-09-62 ABCESSOS PULMONARES NUM HOSPITAL TERCIÁRIO – ANÁLISE RETROSPETIVA
PO-09-63 PAPEL DA TROMBÓLISE INTRAPLEURAL COM TPA/DNASE NO EMPIEMA LOCULADO NO ADULTO
PO-09-64 PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-65 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS — LCD #9 — 386

PO-09-66 SARCOIDOSE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-09-67 NÃO EXISTE UM EFEITO CLARO DO FIM-DE-SEMANA E FERIADOS NA EVOLUÇÃO DA PNEUMONIA AGUDA – AVALIAÇÃO DE UMA COORTE DE UM CENTRO TERCIÁRIO
PO-09-68 POLIADENOPATIAS ASSINTOMÁTICAS – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SARCOIDOSE PULMONAR GRAVE
PO-09-70 IN-EXSUFLAÇÃO MECÂNICA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, A PROPÓSITO DE UM CASO DE PNEUMONIA
PO-09-71 SARCOIDOSE AGUDA, APRESENTAÇÃO COM A SÍNDROME DE LÖFGREN
PO-09-72 LIPOMATOSE DE MADELUNG COM DPOC, UMA COMBINAÇÃO MALIGNA
PO-09-73 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO - UMA FORMA DE HIPERTENSÃO PULMONAR POTENCIALMENTE CURÁVEL
PO-09-74 DERRAME PLEURAL - POR DETRÁS DA MÁSCARA
PO-09-75 CUIDADO COM O CÃO!
PO-09-76 UMA FORMA DIFERENTE DE APRESENTAÇÃO DE PNEUMOCONIOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-09-77 TRAQUEOMALÁCIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-09-78 PNEUMONIA E NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO - DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DIFERENCIAL
PO-09-79 INFILTRADOS PULMONARES BILATERAIS - PNEUMONIA CRIPTOGÉNICA ORGANIZATIVA (COP)
PO-09-80 PNEUMONIA NECROTIZANTE
PO-09-81 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE, DO PROBLEMA DAS PENAS À PENA DA DISTÂNCIA

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS — LCD #10 — 390

PO-10-01 UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE MASSA MEDIASTINICA
PO-10-02 MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA AUTOIMUNE E NEOPLASIA: RELAÇÃO COMPLEXA DE RECONHECIMENTO PRIMORDIAL
PO-10-03 SÍNDROME DE SWEET E MIELOMA MÚLTIPLO: AS INTERMITÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO
PO-10-04 FEBRE, TOSSE E RASH...

PO-10-05 LEUCEMIA DE GRANDES LINFÓCITOS GRANULARES: CASO CLÍNICO
PO-10-06 UMA APRESENTAÇÃO RARA DE UMA NEOPLASIA RARA
PO-10-07 UM TUMOR PULMONAR ENGANADOR
PO-10-08 CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
PO-10-09 UMA APRESENTAÇÃO RARA DE LINFOMA
PO-10-10 DOENÇA DE KIKUCHI – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATIAS
PO-10-11 UM CASO DE EMBOLIA PULMONAR
PO-10-12 UMA CAUSA RARA DE PANCITOPÉNIA
PO-10-13 MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
PO-10-14 POLICITEMIA VERA, UMA PATOLOGIA MULTIFACETADA
PO-10-15 LEUCEMIA AGUDA BIFENOTÍPICA COM METASTIZAÇÃO ÓSSEA
PO-10-16 MIELOMA MÚLTIPLO – ANÁLISE DE SOBREVIDA
PO-10-17 TROMBOCITOPÉNIA E SUAS MÚLTIPLAS ETIOLOGIAS
PO-10-18 POLICITEMIA VERA E TROMBOEMBOLISMO VENOSO
PO-10-19 ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA A DAPSONA: RELATO DE CASO
PO-10-21 UM CASO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN T PERIFÉRICO
PO-10-22 SÍNDROME DE HELLP E TROMBOFILIA, UMA ASSOCIAÇÃO RARA.
PO-10-23 DERRAME ANTI NEOPLÁSICO
PO-10-24 MACROGLOBUMINEMIA DE WALDENSTRÖM E HEPATITE C - UMA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO
PO-10-25 BICITOPENIAS: UM ACHADO OU UMA SUSPEITA?
PO-10-26 HEPATOMEGALIA AGUDA EM DREPANOCITOSE
PO-10-28 MIELOMA MÚLTIPLO PRODUTOR DE CADEIAS LEVES KAPPA EM DOENTE COM DORSO-LOMBALGIA, LESÃO RENAL AGUDA E HIPERCALCÉMIA
PO-10-29 LESÃO VERTEBRAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES
PO-10-30 SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS COMO FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR
PO-10-31 QUANDO A BIÓPSIA NÃO DÁ O DIAGNÓSTICO FINAL
PO-10-32 VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA NECROTIZANTE EM ASSOCIAÇÃO A SÍNDROME MIELODISPLÁSICO
PO-10-33 ANEMIA MACROCÍTICA - UMA APRESENTAÇÃO PECULIAR
PO-10-34 ANALGESIA INOFENSIVA? IATROGENIA DO METAMIZOL
PO-10-35 CONTROLAR O DESCONHECIDO – PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA
PO-10-36 ANEMIA FALCIFORME E AS SUAS COMPLICAÇÕES AGUDAS – UMA CASO DE SÍNDROME TORÁCICO AGUDO
PO-10-37 MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE UM JOVEM CASO
PO-10-38 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: UMA CAUSA RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL DE DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA. CASO CLÍNICO.
PO-10-39 "UM DILEMA TEMPORAL" A PROPÓSITO DE UM CASO DE PLASMOCITOMA
PO-10-40 HIPERCALCÉMIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA ESPLÉNICO DE GRANDES CÉLULAS B
PO-10-41 QUANDO O IMPROVÁVEL SE TORNA POSSÍVEL
PO-10-42 ANEMIA PERNICIOSA COM APRESENTÃO SOB A FORMA DE AFTOSE ORAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-10-43 PANCITOPÉNIA DEVIDO A INFECÇÃO POR PARVOVÍRUS B19 NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO DE NOVO
PO-10-44 PLASMOCITOMA E MIELOMA MÚLTIPLO (MM): A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-10-45 UMA COMBINAÇÃO DE TROMBOFILIAS
PO-10-46 POLIARTRITE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA
PO-10-47 MIELOMA INDOLENTE
PO-10-48 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – DOIS CASOS, DIFERENTES CAUSAS, UM DIAGNÓSTICO
PO-10-49 POR DETRÁS DA BACTERIÉMIA A S.PNEUMONIAE
PO-10-50 DÉFICE COBALAMINA E ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS
PO-10-51 PARA ALÉM DA INFECÇÃO – A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-10-52 MIELOMA MÚLTIPLO: O DESAFIO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS — LCD #10 — 403

PO-10-58 SARCOIDOSE PULMONAR - A DEMONSTRAÇÃO DE UM VASTO ESPETRO CLÍNICO
PO-10-59 DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS – A IMPORTÂNCIA DA TERAPÊUTICA ESPECÍFICA
PO-10-60 DERRAME PLEURAL COMPLICADO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-10-61 ENFISEMA DE BOLHAS GIGANTES
PO-10-62 UM CASO CLÍNICO DE PNEUMONIA... COMPLICADA
PO-10-64 PNEUMONIA OBSTRUTIVA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO
PO-10-65 RADIOGRAFIA TORÁCICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-10-66 HIPONATREMIA COMO PRIMEIRO ACHADO DE UMA TUBERCULOSE PULMONAR – UM CASO CLÍNICO
PO-10-68 O DESAFIO DAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS
PO-10-69 QUANDO A "PNEUMONIA" RECORRE
PO-10-71 DA PNEUMONIA FÚNGICA AO PNEUMOMEDIASTINO - RELATO DE UM CASO CLÍNICO
PO-10-72 O QUE O CURB65 NÃO NOS CONTA
PO-10-73 UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
PO-10-74 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE - CARACTERÍSTICAS CLINICO-PATOLÓGICAS DE UMA SÉRIE DE CASOS
PO-10-75 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR ALÉM DA INFEÇÃO
PO-10-76 CASO CLÍNICO: PNEUMONIA CRIPTOGÉNICA EM ORGANIZAÇÃO
PO-10-77 PNEUMONIA ORGANIZATIVA INDUZIDA PELA AMIODARONA: UM SIMULADOR DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE
PO-10-78 DO EXAME AO DIAGNÓSTICO
PO-10-79 O PULMÃO DE COLOMBO
PO-10-80 QUILOTÓRAX SECUNDÁRIO A CIRROSE HEPÁTICA ETANOLICA

CUIDADOS PALIATIVOS — LCD #11 — 408

PO-11-01 BLOQUEIO NEUROLÍTICO INTRATECAL EM CUIDADOS PALIATIVOS
PO-11-02 SEDAÇÃO PALIATIVA INTERMITENTE PARA DIMINUIÇÃO DA DISPNEIA, ANSIEDADE E CANSAÇO EXTREMOS NAS ÚLTIMAS SEMANAS DE VIDA.
PO-11-03 USO DE OPIÓIDES NUM DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE AGUDOS. CONFORMIDADE COM AS "GUIDELINES"?
PO-11-04 ACUPUNTURA EM CUIDADOS PALIATIVOS
PO-11-05 IMPORTÂNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – CASUISTICA DE 2 ANOS
PO-11-06 DERRAME PLEURAL MALIGNO, UMA ALTERNATIVA PALIATIVA

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) — LCD #11 — 410

PO-11-07 ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA - CASO CLÍNICO EM ADULTO JOVEM
PO-11-08 UM RARO CASO DE ALUCINAÇÕES VISUAIS EM DOENTE AMAURÓTICO.
PO-11-09 HEMORRAGIA CEREBELOSA, UMA MANIFESTAÇÃO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA
PO-11-10 UMA APRESENTAÇÃO RARA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
PO-11-11 URGÊNCIA NEUROLÓGICA?
PO-11-12 HEMATOMA SUBDURAL INFECTADO: UMA COMPLICAÇÂO POUCO COMUM
PO-11-13 PARAPARÉSIA ISOLADA NA ADRENOLEUCODISTROFIA
PO-11-14 NEM TUDO É ENCEFALOPATIA HEPÁTICA
PO-11-15 HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL – A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE
PO-11-16 MENINGITE PURULENTA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA
PO-11-17 DOENÇA DOS CORPOS DE LEWY E DESNERVAÇÃO CARDÍACA - ÍCONE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DEMÊNCIAS?

PO-11-18 DIFFICULTIES IN BRAIN TUMOR DIAGNOSIS
PO-11-19 ENFARTE DO TRONCO CEREBRAL - QUANDO SUSPEITAR?
PO-11-20 DISFAGIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA
PO-11-21 UM QUADRO NEUROLÓGICO MIMETIZADOR DE AVC.
PO-11-22 HIPOPERFUSÃO CEREBRAL: QUANDO AS CIRCUNSTÂNCIAS COINCIDEM
PO-11-23 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO NO JOVEM
PO-11-24 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ
PO-11-25 UM CASO DE DOR RETRO-OCULAR E OFTALMOPARÉSIA – SERÁ TOLOSA-HUNT O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?
PO-11-26 FACE MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS
PO-11-27 MIASTENIA GRAVIS SECUNDÁRIA A IPILIMUMAB
PO-11-28 AVC ISQUÉMICO EM DOENTE COM ANEURISMA CEREBRAL – O DILEMA DA HIPOCOAGULAÇÃO
PO-11-29 AMIGDALITE E SINDROME GUILLAIN-BARRÉ , UMA ASSOCIAÇÃO RARA E PERIGOSA.
PO-11-30 CRISE HIPERTENSIVA EM DOENTE SOB BORTEZOMIB
PO-11-31 TROMBOSE VENOSA CEREBRAL – O RISCO DO SUBDIAGNÓSTICO
PO-11-32 NEUROSARCOIDOSE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-11-33 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES): RELATO DE UM CASO EM IDADE JOVEM
PO-11-34 GLIOBLASTOMA MULTIFORME: RELATO DE UM CASO CLÍNICO
PO-11-35 MENINGITE ASSÉPTICA A BUPIVACAÍNA
PO-11-36 NEUROBORRELIOSE: UM CASO DE ATAXIA SENSITIVA
PO-11-37 ACIDENTE VASCULAR SURPRESA
PO-11-38 DEMÊNCIA RÁPIDA E PROGRESSIVA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-11-39 DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB VARIANTE DE HEIDENHAIN: QUANDO O RARO SE TORNA AINDA MAIS RARO
PO-11-40 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO JOVEM: PARA ALÉM DO ÓBVIO
PO-11-41 QUANDO ELE ERA ELA…
PO-11-42 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-11-43 EFEITO DESMIELINIZANTE IATROGÉNICO DOS ANTIDEPRESSIVOS
PO-11-44 UM ESTRANHO CASO DE UM TUMOR RARO
PO-11-45 COMA FLUTUANTE
PO-11-46 DOENÇA NEURODEGENERATIVA E NÃO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO
PO-11-47 AVC ISQUÉMICO COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA EM DOENTE JOVEM
PO-11-48 NEUROSSARCOIDOSE E COMPLICAÇÕES DO SEU TRATAMENTO: RELATO DE UM CASO
PO-11-49 HIPERTENSÃO ARTERIAL E AVC ISQUÉMICO – MAIS DO QUE UM ELO DE LIGAÇÃO
PO-11-50 MENINGITE SECUNDÁRIA À AMOXICILINA
PO-11-51 VARIANTE GENÉTICA PAI-1 E ACIDENTE VASCULAR ISQUÉMICO
PO-11-52 DISSECÇÃO DA CARÓTIDA DE CAUSA TRAUMATICA
PO-11-53 CASO CLINICO: NEUROSARCOIDOSE COM BIPARESIA FACIAL EM DIABÉTICA TIPO 1
PO-11-54 SÍNDROME DE DESMIELINIZAÇÃO OSMÓTICA E JEJUM PROLONGADO
PO-11-56 TROMBOSE VENOSA CEREBRAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-11-57 CEFALEIA ORTOSTATICA - HIPOTENSÃO DO LIQUIDO CEFALO-RAQUIDIANO
PO-11-58 POLIMORFISMO C677T E DOENÇA DE ALZHEIMER - O QUE TÊM EM COMUM?
PO-11-59 O OUVIDO COMO PORTA DE ENTRADA PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL - MENINGITE PÓS OTITE MÉDIA AGUDA
PO-11-61 SÍNDROME DE FOIX-CHAVANY-MARIE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-11-62 NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-11-63 ENCEFALOPATIA DE WERNICKE - QUANDO A TERAPÊUTICA É A PROVA
PO-11-65 UMA CAUSA INESPERADA DE AVC
PO-11-66 AVC: QUANDO PREVENIR NÃO BASTA
PO-11-67 MENINGOENCEFALITE VÍRICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-11-68 HEMATOMA EPIDURAL CERVICAL COMO CAUSA DE SÍNDROME DE BROWN-SÉQUARD

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS — LCD #11 — 425

PO-11-70 UMA SEQUELA RARA PARA UMA INTOXICAÇÃO COMUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PO-11-71 SÍNDROME DE WUNDERLICH, UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL.
PO-11-73 ANAFILAXIA À CARBOPLATINA - UM CASO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA
PO-11-74 LEUCOENCEFALOPATIA TARDIA
PO-11-75 ENCEFALOPATIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA – DIAGNÓSTICO INICIAL DA DOENÇA DE CREUTZFELDT JAKOB NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
PO-11-76 HTA "MALIGNA": A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-11-77 UM CASO RARO DE COMA
PO-11-78 URGÊNCIA EM MEDICINA: QUANDO O USO DE NEUROLÉPTICOS É INDISPENSÁVEL.

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — LCD #12 — 427

PO-12-02 NO CORAÇÃO DA ESCLEROSE SISTÉMICA
PO-12-03 DERMATOMIOSITE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA VESICAL
PO-12-04 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO 3 – A IMPORTÂNCIA DO PENSAMENTO HOLÍSTICO
PO-12-05 ATINGIMENTO NEUROLÓGICO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE BEHÇET – ACERCA DE UM CASO CLÍNICO
PO-12-06 UM CASO DE MIASTENIA GRAVIS NO IDOSO
PO-12-07 FALÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE ANCA-MPO
PO-12-08 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA SECUNDÁRIA EM JOVEM COM SARCOIDOSE
PO-12-09 NA SOMBRA DA TIROIDITE AUTOIMUNE- SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO 3
PO-12-10 ANEMIA PERNICIOSA E PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE
PO-12-11 ANEMIA HEMOLITICA A CHÁ DE BORUTUTU
PO-12-12 SARCOIDOSE -– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-12-13 AS APARÊNCIAS ILUDEM…
PO-12-14 PÚRPURA: UMA ETIOLOGIA INCOMUM
PO-12-15 SAF COM CAUSA DE AVC ISQUEMICO: CASO CLÍNICO
PO-12-16 SARCOIDOSE PULMONAR NUM CARPINTEIRO

DOENÇAS HEPÁTICAS — LCD #12 — 430

PO-12-18 ABCESSO HEPÁTICO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-12-19 UM ACESSO DE VAIDADE AOS 70
PO-12-20 DEFICIÊNCIA DE ALFA1-ANTITRIPSINA E CIRROSE HEPÁTICA
PO-12-21 HEPATITE AGUDA SECUNDÁRIA A CLORPROMAZINA
PO-12-22 QUANDO A "CURA" SE TORNA DOENÇA – UM CASO DE HEPATITE MEDICAMENTOSA
PO-12-23 SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE A LAMOTRIGINA: UMA FORMA DE HEPATITE TÓXICA COM TOXICODERMIA ASSOCIADA
PO-12-24 UM CASO DE HIPERTENSÃO PORTAL SEM CIRROSE HEPÁTICA
PO-12-25 A PERDA DE PESO E O SOBREDIAGNÓSTICO: INCIDENTALOMA?
PO-12-26 HEPATITE TÓXICA: MANIFESTAÇÃO RARA DE UM CONSUMO CADA VEZ MAIS COMUM
PO-12-27 HEPATITE B AGUDA – CASUÍSTICA DE 6 ANOS.
PO-12-29 ASCITE QUILOSA E CIRROSE
PO-12-30 HEPATITE DA PÁSCOA
PO-12-31 IATROGENIA MEDICAMENTOSA - QUANDO O MEDICAMENTO FAZ MAIS MAL QUE BEM
PO-12-32 CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA: UM PRURIDO NEGLIGENCIADO

PO-12-33 LESÃO HEPATOCELULAR AGUDA: VIRUS DA HEPATITE E OU LISTERIA MONOCYTOGENES? – UM CASO CLÍNICO
PO-12-34 INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA ASSOCIADA AO USO DE AMIODARONA PARENTÉRICA
PO-12-35 NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS
PO-12-36 HEPATITE AGUDA VÍRICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-12-37 HEPATITE DE CAUSA INCOMUM
PO-12-39 NEM TUDO O QUE PARECE, É – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNINO DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA TÓXICA
PO-12-40 ESTEATO-HEPATITE AGUDA – O RETRATO DE UMA HEPATITE AGUDA EM CRÓNICA ALCOÓLICA
PO-12-42 CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA E TIROIDITE AUTO-IMUNE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-12-43 INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROMA DE SOBREPOSIÇÃO DE HEPATITE TÓXICA E CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA
PO-12-44 HEPATITE AGUDA – CASO CLÍNICO DE REAÇÃO IDIOSSINCRÁTICA A CARBAMAZEPINA
PO-12-45 NO ENCALÇO DA CAUSA DA HEPATITE AGUDA
PO-12-46 PATOLOGIA ORGÂNICA MASCARADA COM SINTOMATOLOGIA CONVERSIVA

MEDICINA GERIÁTRICA **LCD #12** **437**

PO-12-47 TEMPO DE ESTADIA DO IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PO-12-48 CARACTERIZAÇÃO DOS NONAGENÁRIOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
PO-12-49 PREVALÊNCIA E PAPEL PROGNÓSTICO DOS DESEQUILÍBRIOS HIDROELECTROLÍTICOS NO DOENTE MUITO IDOSO
PO-12-50 DESAFIO DA LONGEVIDADE: CASUISTICA DOS IDOSOS COM MAIS DE 90 ANOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-12-51 INTERNAMENTOS A 10 ANOS POR PNEUMONIA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
PO-12-53 MEDICAÇÃO HABITUAL EM IDOSOS – UMA INFORMAÇÃO AINDA NEGLIGENCIADA NA HISTÓRIA CLÍNICA.
PO-12-54 POLIFARMÁCIA E O USO DE BENZODIAZEPINAS, ANTIDEPRESSIVOS E ANTIPSICÓTICOS EM IDOSOS.
PO-12-55 PRESCREVER OU NÃO PRESCREVER – EIS A QUESTÃO.

OUTROS **LCD #12** **439**

PO-12-58 TORACALGIA COM FALSA ELEVAÇÃO DE TROPONINA POR ANTICORPO HETERÓFILO.
PO-12-59 TOXICIDADE MULTISISTÉMICA A NITROFURANTOÍNA: UM CASO RARO
PO-12-60 SARCOIDOSE: QUATRO FACES DA DOENÇA
PO-12-61 INTOXICAÇÃO CRÓNICA POR LÍTIO - UM CASO CLÍNICO
PO-12-62 SARCOIDOSE- UMA DAS SUAS MUITAS FACES
PO-12-63 INFEÇÕES, COLEÇÕES E MAIS COMPLICAÇÕES
PO-12-64 ESTUDO RESTROSPETIVO DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-12-65 BOTULISMO - A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-12-66 PICADAS DE INSECTO OU ALGO MAIS...
PO-12-67 PAF1 – UM DIAGNÓSTICO QUE PODE PASSAR DESPERCEBIDO
PO-12-68 DA ESCABIOSE À MORTE: CRÓNICA DE UM "CASO SOCIAL"

MEDICINA INTENSIVA **LCD #13** **442**

PO-13-01 PENFIGOIDE BULHOSO - A GRAVIDADE DE UM DIAGNÓSTICO RARO
PO-13-02 PONTO DE VIRAGEM NO CONCEITO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA. SERÁ QUE "O QUE PARECE É"?
PO-13-03 PNEUMONIA A VARICELA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-13-04 MALÁRIA COMPLICADA - DOIS CASOS CLÍNICOS
PO-13-05 MIOPATIA DOS CUIDADOS INTENSIVOS

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-13-06 POPULAÇÃO GERIÁTRICA NOS CUIDADOS INTENSIVOS
PO-13-07 SÍNDROME SEROTONINÉRGICO - DOIS CASOS CLÍNICOS
PO-13-08 TAKO-TSUBO- UMA CAUSA INVULGAR DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA
PO-13-09 EDEMA PULMONAR AGUDO COMO PRIMEIRO SINTOMA DE INSUFICIÊNCIA AÓRTICA GRAVE CRÓNICA
PO-13-10 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIASTÓLICA E HIPERTENSÃO PULMONAR - O PESADELO NO DOENTE AGUDO
PO-13-11 CALCIFICAÇÃO HETEROTÓPICA APÓS VENTILAÇÃO MECÂNICA E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR
PO-13-12 ISQUÉMIA DIGITAL COM PULSOS ARTERIAIS PATENTES
PO-13-13 PRECISAMOS DE UM NOVO SCORE SOFA?
PO-13-14 AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE NO IDOSO APÓS O INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS
PO-13-15 BALANÇO HIDRICO. SUAS IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS?
PO-13-16 INTOXICAÇÃO POR ETILENOGLICOL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-13-17 PNEUMONIA PIOGÉNICA SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO – UMA ASSOCIAÇÃO RARA E DEVASTADORA.

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE — LCD #13 — 446

PO-13-18 PREDICTORES DE PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES PARA AMBULATÓRIO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-13-19 QUALIDADE DO REGISTO CLÍNICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-13-20 PRESCRIÇÃO ENDOVENOSA DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-13-21 AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA NO IDOSO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.
PO-13-22 INTERNAMENTOS PROLONGADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA – ESTUDO RETROSPECTIVO DE 1 ANO
PO-13-23 NÍVEL SOCIOECONÓMICO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-13-24 UMA ´SITUAÇÃO SOCIAL NÃO RESOLVIDA´ COM TRADUÇÃO CLÍNICA
PO-13-25 PREVALÊNCIA PONTUAL DA DEPENDÊNCIA E MULTICOMORBILIDADES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-13-26 INTERNAMENTO DOMICILIÁRIO – PROJETO PIONEIRO – A NOSSA EXPERIÊNCIA
PO-13-27 O INTERNISTA COMO CONSULTOR - EXPERIÊNCIA DE UM ANO NUM HOSPITAL CENTRAL
PO-13-28 URGÊNCIA INTERNA HOSPITALAR, AVALIAÇÃO, QUANTIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO
PO-13-29 A VIGILÂNCIA ANTIBIÓTICA
PO-13-30 UMA VISÃO RETROSPECTIVA DA REFERENCIAÇÃO À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
PO-13-31 O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA REFERENCIAÇÃO À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
PO-13-32 ATIVIDADE ANUAL DE UM CENTRO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
PO-13-33 A IMPORTÂNCIA DO METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO.

OUTROS — LCD #13 — 451

PO-13-34 SARCOIDOSE – FORMA POUCO COMUM DE APRESENTAÇÃO
PO-13-35 MIOPATIA QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL (?)
PO-13-36 REAÇÃO ALÉRGICA OU ALGO MAIS?
PO-13-37 MIELITE TRANSVERSA – UM DESAFIO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS
PO-13-38 NEM TUDO O QUE PARECE É!
PO-13-39 UM CASO DE TROMBOSE DA VEIA ESPLÉNICA
PO-13-40 RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS: UMA GUERRA PERDIDA?
PO-13-41 TROMBOEMBOLIA PULMONAR: ATÉ ONDE É POSSÍVEL EVITAR?
PO-13-42 MIOPERICARDITE - UM CASO DE REACÇÃO ADVERSA À MESSALAZINA
PO-13-43 O HOMEN AZUL. A PROPÓSITO DE UM CASO

PO-13-43 O HOMEN AZUL. A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-13-44 PARÉSIA DE PARES CRANIANOS – UM CASO CLÍNICO
PO-13-45 LINFADENITE PROTEINÁCEA – UM CASO RARO
PO-13-46 PÚRPURA DE SCHAMBERG: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-13-47 SÍNDROME DE MILLER FISHER – RELATO DE CASO
PO-13-48 SÍNDROME DE LOFGREN – CONHECER PARA RECONHECER
PO-13-49 ERITRODERMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-13-50 ENDOSSALPINGINOSE: A SURPRESA NO ESTUDO DE ADENOMEGALIAS
PO-13-51 SÍNDROME DE KLINEFELTER E O RISCO CARDIOVASCULAR
PO-13-52 DOENÇA HEPÁTICA CRONICA ALCOÓLICA E PSORÍASE: EXISTIRÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE AS DUAS ENTIDADES?
PO-13-53 ELEVAÇÃO DE HEMICÚPULA DIAFRAGMÁTICA: EVENTRAÇÃO VERSUS PARÉSIA DIAFRAGMÁTICA?
PO-13-54 HEMATOMA ESPONTÂNEO DO RETO ABDOMINAL: CASO CLÍNICO
PO-13-55 FRAGILIDADE: A IMPORTÂNCIA DE RECONHECÊ-LA
PO-13-56 SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR
PO-13-57 SARCOIDOSE – ENVOLVIMENTO CUTÂNEO PECULIAR
PO-13-58 DOENÇA DE KIKUCHI - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO
PO-13-59 UM CASO DE ERITEMA NODOSO…
PO-13-60 ANTICOAGULAR, NÃO ANTICOAGULAR…
PO-13-61 A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA NA SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA - A PROPÓSITO DE UMA SARCOIDOSE
PO-13-62 SÍNDROME DE SWEET, A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO
PO-13-63 SÍNDROME DE BUDD-CHIARI COM MÚLTIPLAS CAUSAS. A PROPÓSITO DE UM CASO.
PO-13-64 DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-13-65 "DRESS, WHAT ELSE ?"
PO-13-66 PSORÍASE DE VON ZUMBUSCH NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA
PO-13-67 SÍNDROME DE CLARKSON, RARO MAS POTENCIALMENTE LETAL
PO-13-68 ÁLCOOL, GENÉTICA E GEOGRAFIA: ASSOCIAÇÃO PROVÁVEL EM DOENÇA RARA
PO-13-69 FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA – UMA MANIFESTAÇÃO FATAL
PO-13-70 ENTRE A IATROGENIA E A DOENÇA – CASO CLINICO
PO-13-71 FEBRE NO INTERNAMENTO - CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?
PO-13-72 POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE E PARAPROTEINÉMIA: UMA POSSÍVEL RELAÇÃO DE CAUSALIDADE?
PO-13-73 SÍNDROME DE DRESS CAUSADO POR CICLOFOSFAMIDA?
PO-13-74 MORBILIDADE DE HIPERHOMOSCITEINEMIA POR MUTAÇÃO HOMOZIGOTA DE MTHFR: RELATO DE UM CASO CLINICO
PO-13-75 INVESTIGANDO UMA DOR COMUM
PO-13-76 ÍNDICE DE COMORBILIDADE COMO PREDITOR DA MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR
PO-13-77 DÉFICE NUTRICIONAL DE VITAMINA B12
PO-13-78 ÚLCERAS GENITAIS: A IMPORTÂNCIA DE NÃO ROTULAR DE DST
PO-13-79 PANICULITE MESENTÉRICA – UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL
PO-13-80 CORTICOTERAPIA, HIPOPITUITARISMO E PSICOSE AGUDA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES LCD #14 462

PO-14-02 HIPOXEMIA ASSOCIADA A SHUNT DIREITO-ESQUERDO SEM HIPERTENSÃO PULMONAR- CASO CLINICO
PO-14-03 A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO MANIFESTAÇÃO DA AMILOIDOSE
PO-14-04 LIPOMA CARDÍACO OU HIPERTROFIA LIPOMATOSA DO SEPTO INTER-AURICULAR? UM INCIDENTALOMA RARO
PO-14-05 ENDARTERECTOMIA PULMONAR NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA
PO-14-06 DISSECÇÃO DA AORTA, UM DIAGNÓSTICO SEMPRE A TER EM CONTA

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-14-07 DERRAME PERICÁRDICO- A CLÍNICA É MANDATÓRIA

PO-14-08 ENDOCARDITE DA VÁLVULA TRICUSPIDE EM DOENTE COM CDI E PACEMAKER DDD COM EMBOLOS SEPTICOS PULMONARES

PO-14-09 TUMOR FANTASMA

PO-14-10 COMBINAÇÃO DE ANTIAGREGAÇÃO E ANTICOAGULAÇÃO EM DOENTES COM FA: A GRANDE CONFUSÃO

PO-14-11 QUANDO AS GUIDELINES NÃO CONTAM TUDO

PO-14-12 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR PRESUNTIVO

PO-14-13 SERÃO OS NOVOS INIBIDORES DA COAGULAÇÃO UMA OPÇÃO NA ABORDAGEM DE TROMBOS DO VENTRÍCULO ESQUERDO?

PO-14-14 UTILIZAÇÃO DE RIVAROXABANO EM TROMBOS DO VENTRÍCULO ESQUERDO

PO-14-15 UTILIDADE DA PROCALCITONINA NA PERICARDITE AGUDA

PO-14-16 MIOCARDITE - UM CASO VULGAR OU TALVEZ NÃO

PO-14-17 ENDOCARDITE INFECCIOSA E AS SUAS COMPLICAÇÕES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-14-18 TAMPONAMENTO CARDÍACO E CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS

PO-14-19 PERDA TRANSITÓRIA DA VISÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-14-20 NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS – ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA CLINICA

PO-14-21 UM CASO RARO DE PERICARDITE PURULENTA QUE EXIGIU TRATAMENTO EMERGENTE

PO-14-22 SÍNCOPES DE REPETIÇÃO – O DILEMA TERAPÊUTICO DE UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA

PO-14-23 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DAS MIOCARDITES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO-14-24 O PAPEL DA IATROGENIA FARMACOLÓGICA EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

PO-14-25 AVC CRIPTOGÉNICO NO ADULTO JOVEM – RELAÇÃO COM FOP

PO-14-26 MIXOMA ATRIAL ESQUERDO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUMICO E HEMORRÁGICO

PO-14-27 SIMULAÇÃO DE ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO - DOENÇA TAKOTSUBO

PO-14-28 SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO VERSUS CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO

PO-14-29 ALVO SOLITÁRIO DE UMA DOENÇA SISTÉMICA

PO-14-30 CONSEQUÊNCIAS DE INR INFRATERAPÊUTICO

PO-14-31 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

PO-14-32 VALOR PROGNÓSTICO DO D-DÍMERO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

PO-14-33 QUILOTÓRAX COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TROMBOSE DA VEIA CAVA SUPERIOR

PO-14-34 O ÊXODO INFECIOSO

PO-14-35 NOVOS DESAFIOS: ANTICOAGULAÇÃO E DOENÇA RENAL CRÓNICA

PO-14-36 ENDOCARDITE INFECIOSA EM VÁLVULA PROTÉSICA MECÂNICA AÓRTICA. A PROPÓSITO DE UM CASO.

PO-14-37 TAMPONAMENTO CARDIACO - UMA ANALISE CASUISTICA

PO-14-38 MIOPERICARDITE TÓXICA APÓS DESCOMPRESSÃO RÁPIDA DE MEGACÓLON

PO-14-39 QUANDO A PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIA OPTIMIZADA NÃO BASTA - TROMBOSE DE STENT NUM DOENTE VIH

PO-14-40 UMA CASCATA DE EVENTOS

PO-14-41 SÍNCOPE – QUANDO REPRESENTA UM DESAFIO TERAPÊUTICO

PO-14-42 SINDROME DE LERICHE NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

PO-14-43 ANTICOAGULATION THERAPY IN THE ELDERLY WITH ATRIAL FIBRILLATION: REAL-WORLD DATA

PO-14-44 FEVER IN ELDERLY UNMASKED BRUGADA SYNDROME

PO-14-45 OS EVENTOS TROMBÓTICOS E O SAAF

PO-14-46 DOENÇA CIRÚRGICA, CAUSA MÉDICA

PO-14-47 ENDOCARDITE FÚNGICA – O DESAFIO DO CONTEXTO CLÍNICO.

PO-14-48 DISFUNÇÃO VENTRICULAR DIREITA PÓS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

PO-14-49 TROMBOPROFILAXIA EM DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

PO-14-50 COMPARAÇÃO DA TAXA DE INTERNAMENTO E REINTERNAMENTO NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRACÇÃO DE EJECÇÃO DEPRIMIDA VS FRACÇÃO DE EJECÇÃO PRESERVADA

PO-14-52 ASSOCIAÇÃO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA COM AGENESIA CONGÉNITA DA VEIA CAVA INFERIOR.
PO-14-53 TRÊS EM UM
PO-14-54 NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES HIPERTENSOS: RESULTADOS PRELIMINARES
PO-14-55 FEBRE COM HEMOCULTURAS NEGATIVAS
PO-14-62 POLIMIALGIA REUMÁTICA PARANEOPLÁSICA - UMA PRIMOMANIFESTAÇÃO RARA DE ADENOCARCINOMA PROSTÁTICO

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS **LCD #14** **476**

PO-14-63 FRATURA PLANALTO TIBIAL COM DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE CAPLAN
PO-14-64 GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE: CASO CLÍNICO
PO-14-65 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA NEOPLÁSICA
PO-14-66 ODINOFAGIA REUMÁTICA
PO-14-68 FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS
PO-14-70 SÍNDROME DE SINOVITE SIMÉTRICA REMITENTE SORONEGATIVA COM EDEMA DEPRESSÍVEL: SIM OU NÃO?
PO-14-71 POLIMIALGIA REUMÁTICA: UMA CAUSA DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA
PO-14-72 TÃO FORTE QUANTO O OSSO
PO-14-73 UMA CAUSA RARA DE UM SINTOMA COMUM – DOENÇA DE ORMOND
PO-14-74 UMA RARA INVULGARIDADE
PO-14-75 QUESTIONANDO DIAGNÓSTICOS: IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME ANTI-SINTETASE
PO-14-76 NEOPLASIA, OU TALVEZ NÃO...

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS **LCD #15** **479**

PO-15-01 O HIPOTIROIDISMO E A DOENÇA BIPOLAR
PO-15-02 RABDOMIÓLISE - UMA CAUSA RARA
PO-15-03 HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO E HIPOCALIÉMIA GRAVE E PERSISTENTE
PO-15-04 PAN-HIPOPITUITARISMO: APRESENTAÇÃO COM HIPONATRÉMIA - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS
PO-15-05 RISCO NUTRICIONAL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – ESTUDO RETROSPECTIVO DO ANO DE 2015
PO-15-06 UM CASO DE CHOQUE SÉPTICO
PO-15-07 UMA INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL SECUNDÁRIA DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR
PO-15-08 ENXAQUECA E HIPERPROLACTINEMIA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
PO-15-09 ELEVAÇÃO DA FOSFATASE ALCALINA – HEPÁTICA OU ÓSSEA, EIS A QUESTÃO
PO-15-10 HIPERCALCÉMIA EM DOENTE ONCOLÓGICO- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-15-11 TUMOR INTRA-SELAR NÃO HIPOFISÁRIO COMO CAUSA DE HIPONATRÉMIA
PO-15-12 HIPONATREMIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-15-13 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOGLICEMIAS: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS
PO-15-14 UM CASO DE HIPERCALCÉMIA
PO-15-15 HIPOPARATIROIDISMO PRIMÁRIO DE LONGA DURAÇÃO
PO-15-16 DOENÇA DE GRAVES E LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA…RELAÇÃO OCASIONAL?
PO-15-17 SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA ASSOCIADA A HIPERPITUITARISMO
PO-15-18 TIROIDITE INDUZIDA PELA AMIODARONA
PO-15-19 UM CASO DE NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 1
PO-15-20 FRACTURAS PATOLÓGICAS POR OSTEOMALACIA SECUNDÁRIA A HIPOVITAMINOSE D E SÍNDROME DE FANCONI PARCIAL
PO-15-21 LITÍASE RENAL E HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-15-22 MICROBIOLOGIA DE UMA CONSULTA – POR ONDE CAMINHAMOS?
PO-15-23 AMIODARONA E A DISFUNÇÃO TIROIDEIA
PO-15-24 UMA CAUSA DE EDEMA LOCALIZADO
PO-15-25 APOPLEXIA PITUITÁRIA

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-15-26 DOENÇA BIPOLAR E POLIDIPSIA NÃO PRIMÁRIA
PO-15-27 QUANTOS COMAS TENS TU?
PO-15-28 CALCIFICAÇÕES TECIDOS MOLES – DESAFIOS DIAGNÓSTICOS
PO-15-29 SINDROME DE HAIR-AN: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-15-30 ENDOCRINOPATIA MÚLTIPLA (MEN1) EM DOENTE JOVEM, HIPERTENSO, COM DOENÇA DE ADDISON E ELEVADO RISCO CARDIOVASCULAR
PO-15-31 FEOCROMOCITOMA - UM CASO CLÍNICO
PO-15-32 HIPONATRÉMIA GRAVE COMO APRESENTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO – A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-15-33 O REVERSO DA MEDALHA
PO-15-34 DOENÇA DE PAGET - ´METÁSTASE´ COM FINAL FELIZ
PO-15-35 HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO MANIFESTAÇÃO PRIMÁRIA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL
PO-15-36 DERRAME PERICÁRDICO MASCARADO
PO-15-37 UM CASO DE FRATURAS MÚLTIPLAS
PO-15-38 DIABETES EM 2015 - RETRATO DE UM HOSPITAL DISTRITAL
PO-15-39 HIPOGONADISMO NO HOMEM - UM CASO CLÍNICO
PO-15-40 QUANDO A HIPOCALCEMIA É BEM TOLERADA
PO-15-41 DOENÇA DE PAGET DO OSSO - QUANDO A IMAGEM NÃO É A CHAVE DO DIAGNÓSTICO
PO-15-42 NOVOS ANTIDIABÉTICOS - ANÁLISE DA SUA UTILIZAÇÃO NUMA CONSULTA HOSPITALAR DE DIABETES.
PO-15-43 PERFIL EVOLUTIVO DO SINDROME METABÓLICO
PO-15-44 COMA METABÓLICO DE ETIOLOGIA RARA
PO-15-45 DÉFICE DE COBRE SECUNDÁRIO A DOENÇA CELÍACA
PO-15-46 A MORTALIDADE NO SINDROME METABÓLICO
PO-15-47 HIPONATREMIA DE CAUSA IATROGÉNICA
PO-15-48 SINDROMA METABÓLICO – A PROGRESSÃO DO RISCO AO LONGO DA IDADE
PO-15-49 ALTERAÇÃO IÓNICA COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA
PO-15-50 QUANDO O EXCESSO DE ZELO É NEFASTO PARA O DOENTE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-15-51 O CÁLCIO ASSASSINO
PO-15-52 HIPERPARATIROIDISMO TERCEÁRIO SECUNDÁRIO A HIPOVITAMINOSE D
PO-15-53 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL GLICÉMICO DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA
PO-15-54 TIROIDITE AUTOIMUNE E GRAVIDEZ OU ALGO MAIS?
PO-15-55 : HIPERCALCÉMIA INDUZIDA PELO LÍTIO- A IMPORTÂNCIA DA SUA VIGILÂNCIA
PO-15-56 DOENÇA RENAL DIABÉTICA – DESAFIOS NA CONSULTA DE DIABETES
PO-15-57 HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO – 2 CASOS CLÍNICOS
PO-15-58 PATOLOGIA NODULAR DA TIRÓIDE: CASUÍSTICA DE UM ANO NUM HOSPITAL DISTRITAL
PO-15-59 HIPONATRÉMIA: O DIAGNÓSTICO OCULTO
PO-15-60 CARDIOPATIA ISQUEMICA E DIABETES

OUTROS **LCD #15** **494**

PO-15-61 ERITEMA MULTIFORME - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
PO-15-62 AVALIAR O SONO NO CONTEXTO DA MEDICINA INTERNA – COMO, QUANDO E PORQUÊ?
PO-15-64 SÍNDROME DE DRESS DISSIMULADO POR QUADRO DE DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA
PO-15-65 LÍTIO - UMA FACA DE DOIS GUMES
PO-15-66 KIMURA: UMA DOENÇA ÓRFÃ?
PO-15-67 MORRER NO SÉCULO XXI – ANÁLISE RETROSPECTIVA DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-15-68 DA ANEMIA À SÍNDROME DE OSLER-RENDU-WEBER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-15-69 DA SUSPEITA DE LINFOMA À SÍNDROME DE LOFGREN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-15-70 SÍNDROME DE DRESS - UM CASO DE HIPERSENSIBILIDADE A CARBAMAZEPINA

PO-15-71 HEPARINA - UMA CAUSA DE HIPERCALIÉMIA A RELEMBRAR
PO-15-72 FREQUÊNCIA BACTERIANA E FENÓTIPO DE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA:ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NUM HOSPITAL PERIFÉRICO.
PO-15-73 ANOREXIA NERVOSA – UMA REALIDADE POTENCIALMENTE FATAL
PO-15-74 AVALIAÇÃO DA DOR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDO TRANSVERSAL
PO-15-75 O INTERNISTA COMO GESTOR DO DOENTE: UM CASO CLÍNICO DE NEUROFIBROMATOSE TIPO 1
PO-15-76 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL MICROBIOLÓGICO DOS AGENTES MULTIRRESISTENTES NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA
PO-15-77 CHOQUE DISTRIBUTIVO DE ETIOLOGIA RARA
PO-15-78 DOENÇA DE STILL DO ADULTO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-15-79 FEBRE DE ORIGEM DETERMINADA, UMA EXPECTATIVA DIAGNOSTICA NEM SEMPRE CORRESPONDIDA
PO-15-80 PUERPÉRIO DE RISCO

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS LCD #16 499

PO-16-09 PANICULITE MESENTÉRICA E USO DE PROVA TERAPÊUTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-16-10 MICROOSGANISMOS DE ELEVADA PATOGENICIDADE E MULTIRRESISTENTES: FACTORES DE RISCO
PO-16-11 SÉPSIS ATÍPICA
PO-16-12 O COMA MISTERIOSO – EM BUSCA DO RESPONSÁVEL
PO-16-13 INFECÇÃO POR VÍRUS VARICELA ZOSTER COMPLICADA DE MIELITE EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
PO-16-14 DOENÇA DE WHIPPLE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITE REUMATÓIDE
PO-16-15 LEUCOPENIA SELETIVA DE LINFÓCITOS T CD4+ IDIOPÁTICA – A PROPÓSITO DE CASO DE MENINGOENCEFALITE CRIPTOCÓCICA EM DOENTE NÃO VIH
PO-16-17 NÓDULOS CUTÂNEOS MÚLTIPLOS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
PO-16-18 TROMBOEMBOLISMO VENOSO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SARCOMA DA PAREDE ABDOMINAL
PO-16-19 HIPEREOSINOFILIA E TROMBOSE: FENÓMENOS PARANEOPLÁSICOS
PO-16-20 LINFOMA NÃO-HODGKIN PERIFÉRICO DE CÉLULAS T VARIANTE LINFOEPITELIOIDE
PO-16-21 FIBROMA PLEURAL – UM CASO DE NEOPLASIA BENIGNA COM COMPORTAMENTO MALIGNO
PO-16-22 SÍNCOPE EM DOENTE COM NEOPLASIA DA CABEÇA E PESCOÇO
PO-16-23 LINFANGITE CARCINOMATOSA: A LONGA CAMINHADA DIAGNÓSTICA
PO-16-24 O DESAFIO DA NEOPLASIA OCULTA – UM CASO DE COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO.
PO-16-25 LINFOMA INTESTINAL, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-16-26 UMA DOR NO OMBRO…. POR UM TUMOR RARO E DE MAU PROGNÓSTICO
PO-16-27 NEVRALGIA DO TRIGÉMEO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA
PO-16-28 DA ANEMIA FERROPÉNICA AO CARCINOMA GÁSTRICO
PO-16-29 HIPONATRÉMIA GRAVE - SINDROME PARANEOPLÁSICO DE GIST
PO-16-30 SARCOMA MIXÓIDE DOS TECIDOS MOLES
PO-16-31 AVC DE ETIOLOGIA INESPERADA
PO-16-32 TIMOMA ECTOPICO – UM INCIDENTALOMA…
PO-16-33 CONGLOMERADOS ADENOPÁTICOS MÚLTIPLOS
PO-16-34 NÓDULO TIROIDEU, DESAGRADÁVEL SURPRESA
PO-16-35 " AS VICISSITUDES DE UMA DOENTE CIRÚRGICA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA."
PO-16-36 INFEÇÃO...E NEOPLASIA CONCOMITANTE?
PO-16-37 "FORA DA CAIXA" – DOENÇA METASTÁTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA DO PULMÃO
PO-16-38 PNEUMONITE INTERSTICIAL AO PACLITAXEL E/OU À CICLOFOSFAMIDA EM DOENTE COM NEOPLASIA DA MAMA
PO-16-39 DERRAME PLEURAL MALIGNO - MESOTELIOMA
PO-16-40 SIMPLESMENTE COMPLICADO
PO-16-41 QUANDO UM AZAR NÃO VEM SÓ: A PROPÓSITO DE UM CASO RARO.

POSTERES SEM DISCUSSÃO

PO-16-42 UMA CAUSA ATÍPICA DE DOR LOMBAR CRÓNICA
PO-16-43 QUANDO A DISPNEIA É APENAS A "PONTA DO ICEBERG"
PO-16-44 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DO PULMÃO: UMA ENTIDADE RARA
PO-16-45 CASO DE HIPERPROLACTINEMIA NO CONTEXTO DE LESÃO ESFENOIDAL
PO-16-46 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR- O DESAFIO DE UM DIAGNÓSTICO
PO-16-47 NEUROFIBROMATOSE TIPO1: UMA DOENÇA HETEROGÉNEA E IMPREVISÍVEL
PO-16-48 DOENÇA ÓSSEA METASTÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-16-49 EVOLUÇÃO FULMINANTE DE CARCINOMA HEPATOCELULAR NA GRAVIDEZ
PO-16-50 TROMBOEMBOLISMOS ARTERIAIS COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-16-51 SÍNDROME DE BAZEX COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
PO-16-52 UM CASO DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO, PNEUMOTÓRAX E PNEUMOMEDIASTINO, SECUNDÁRIO À TOXICIDADE DA BLEOMICINA
PO-16-53 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES OSTEOCLÁSTICAS DO PÂNCREAS: UMA CAUSA RARA DE FEBRE SEM FOCO
PO-16-54 NEUTROPÉNIA FEBRIL: UMA PREOCUPAÇÃO REAL NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
PO-16-55 UM CASO RARO DE ADENOMA PAPILAR PULMONAR
PO-16-56 NÓDULO HEPÁTICO PARA ESTUDO. A PROPÓSITO DE UM CASO.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS **LCD #16** **511**

PO-16-57 NEOPLASIA DO CEGO: UM CASO DE DIAGNÓSTICO DIFÍCIL
PO-16-58 SINDROME PRO-COAGULATIVO PARANEOPLÁSICO COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
PO-16-59 DIARREIA POR METASTIZAÇÃO SEGMENTAR MÚLTIPLA NO INTESTINO DE CARCINOMA DO ESTÔMAGO
PO-16-60 O ENFARTE QUE ERA UMA NEOPLASIA DO COLON
PO-16-61 CARCINOMATOSE PERITONEAL - NEM SEMPRE UM DIAGNÓSTICO METASTÁTICO
PO-16-62 SARCOIDOSE E NEOPLASIA PULMONAR: UMA SIMPLES COINCIDÊNCIA?
PO-16-63 NEOPLASIA MALIGNA: AVC COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO
PO-16-64 TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
PO-16-65 UMA VARIANTE RARA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR
PO-16-66 TUMOR DE PANCOAST- UMA ENTIDADE CLÍNICA PECULIAR
PO-16-67 CARCINOMA PERITONEAL PRIMITIVO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
PO-16-68 CEFALEIA COMO PRIMEIRO SINTOMA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR
PO-16-69 ADENOMEGALIAS EM DOENTE JOVEM - CASO CLÍNICO
PO-16-70 HIPONATRÉMIA ASSOCIADA A CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÃO
PO-16-71 TUMOR DO MEDIASTINO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
PO-16-72 HAMARTOMA INTRACARDÍACO - A PROPÓSITO DE UM CASO
PO-16-73 DERRAME PERICÁRDICO: UMA CAUSA PARA ALÉM DO ÓBVIO
PO-16-74 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO TARDIA DE NEOPLASIA
PO-16-75 LINFOMA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR
PO-16-76 DOR LOMBOSAGRADA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA DE PULMÃO EM FASE TERMINAL.
PO-16-77 LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B - A PROPÓSITO DE UM CASO DE PARAPLEGIA

COMUNICAÇÕES ORAIS

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1
MODERADORES:	SUSANA CAVADAS CARLOS CAPELA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

CO-01-01

UM CASO DE HEPATITE AUTO-IMUNE

Andre Fabiano, Inna Kozyar, Bruno Pereira, Joaquim Gouveia, Maria Jose Serra
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

UM CASO DE HEPATITE AUTO-IMUNE A hepatite auto-imune e uma inflamação cronica do fígado sem causa conhecida, que consiste numa resposta imunomediada pelas celulas T aos antigenios hepáticos e resulta num processo necro-inflamatorio e fibrotico do figado. A prevalência e superior no sexo feminino, com atingimento entre 11 a 17 habitantes por cada 100000 ao ano. Apresenta-se o caso de uma mulher de 67 anos, com historia de leiomiossarcoma uterino há cerca de 13 anos, submetida a histerectomia e radioterapia; colocação de stent ureteral e nefrostomia à direita; infeções do trato urinário de repetição, medicada com Nitrofurantoina 100 mgxdia há dois anos; psoríase diagnosticada há cerca de 5 meses, HTA medicada com Concor (Bisoprolol). Cerca de dois meses antes do internamento, inicia queixas de enfartamento gástrico pós-prandial, anorexia não seletiva e cansaço fácil. Recorreu a consulta, realizou análises que revelaram o padrão de citocolestase sendo internada. Na admissão sem alterações ao exame objetivo. Das analises: ALT 722, AST 690, GGT 413, FA 366, bilirrubina total 2.6 (conjugada 1.71). Hipergamaglobulinemia G policlonal (IgG 2490), ANA e ASMA positivas. Foi excluída infeção por vírus hepatotroficos, estudo do metabolismo do ferro, ceruloplasmina sem alterações. Ecografia abdominal revelou aspetos de doença hepática cronica com heterogeneidade parenquimatosa grosseira do parênquima hepático. EDA mostrou várises esofágicas pequenas. O resultado de biopsia hepática foi compatível com "hepatite auto-imune". Assumiu-se diagnostico de Hepatite auto-imune (HAI) tipo 1. Iniciou prednisolona 1mg/Kg, ao longo do internamento houve melhoria clinica e analitica. Teve alta com Prednisolona em desmame mantendo seguimento em consulta de Medicina Interna. Destaca-se a importância da biopsia hepática com intuito diagnostico, prognostico e decisão terapêutica. A boa resposta terapêutica foi concordante com o descrito na literatura na HAI

CO-01-02

DE ESPONDILOARTRITE PSORIÁTICA A SAPHO (THE SKIBO SYNDROME)

Nadejda Potlog, Joana Vedes, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS, ULS GUARDA

Introdução: A síndrome de SAPHO (acrónimo de sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte) engloba diversas formas clínicas de apresentação, podendo as suas principais manifestações combinar-se de forma variável. Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um jovem de 38 anos de idade que, em 2011, iniciou artralgias de padrão inflamatório a nível das articulações esternoclaviculares e condro-esternais, de predomínio esquerdo e ao nível das sacroilíacas, associadas a lesões pustulosas de localização palmo-plantar. As queixas aliviavam com anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e corticóides sistémicos. Recorreu ao serviço de Reumatologia de um hospital central, tendo sido diagnosticado de espondiloartrite psoriática e transferido posteriormente para a consulta de Reumatologia da área de residência da qual perdeu o seguimento, pelo que decidiu automedicar-se, nos flares da doença, com corticoterapia sistémica. Após uma vinda ao serviço de urgência no nosso hospital, foi referenciado à consulta de Doenças Autoimunes, a nível da qual foi repetido o estudo analítico e imagiológico, incluindo uma cintigrafia óssea, pela suspeita clínica de SAPHO, que revelou hipercaptação a nível das esternoclaviculares e das diversas sincondroses esternais, e 1ª condrocostal esquerda. O estudo analítico, incluindo VS, PCR, HLA-B27 e autoimunidade, foi negativo. O tratamento instituído, com AINE e sulfassalazina, levou a uma franca melhoria clínica e teve um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida do doente. Conclusão: Existem poucas centenas de casos desta síndrome descritos a nível mundial, sendo considerada uma doença rara. É, no entanto, uma entidade a ter em conta no diagnóstico diferencial da dor torácica de causa osteoarticular. A sua apresentação clínica é muito heterogénea e o seu curso é variável, podendo implicar uma escalada terapêutica que vai dos AINE até aos fármacos biotecnológicos, passando pelos imunossupressores clássicos e pelos bifosfonatos.

CO-01-03

VASCULITES ANCA POSITIVAS NOS "MUITO IDOSOS"- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sérgio Pina, Sofia Amálio, Ana Lopes
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE-UNIDADE DE FARO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução:As vasculites ANCA positivas têm o pico de incidência dos 65-74 anos e o aumento da esperança de vida nos países ocidentais torna expectável que aumente num futuro próximo.O envolvimento renal,com necessidade de diálise,é frequente e tem elevada mortalidade. A evidência disponível suporta o uso de corticoterapia e ciclosfofamida (CYC), mesmo em doentes idosos.Caso Clínico:Mulher de 89 anos, autónoma,com história de hipertensão arterial(sob indapamida)e anemia ferropénica. Transportada ao serviço de urgência(SU) por astenia e confusão desde há 2 semanas. Estava desorientada com mucosas pálidas,tensão arterial 151/73 mmHg e discretos edemas dos membros inferiores. Analiticamente:Hb10g/L; troponina 3,949 g/L; creatinina 1,8mg/dL; ureia 47mg/dL; sódio 104mmol/L.ECG com inversão das T nas derivações precordiais. Internada por síndrome coronário agudo sem supra de ST secundário a anemia e hiponatrémia grave pela indapamida.Após a correcção do sódio ficou orientada e autónoma.A investigação da anemia e da disfunção renal evidenciou uma nefrite (hematoproteínuria;proteinas na urina de 24 horas de 3,2g),pANCa positiva com AC anti Mieloperoxidase 3 > 300 UA/mL. Não realizou biópsia renal por rins pequenos e multiquísticos. Admitiu-se poliangeíte microscópica com envolvimento renal(excluído envolvimento do SNC, pulmonar e oftalmológico). Iniciou prednisolona(1 mg/Kg/dia) e por agravamento da função renal e edemas realizou ciclo de ciclofosfamida(500mg) sem intercorrências.Após a terapêutica desenvolveu pancitopénia com neutropénia seguida de várias complicações infecciosas(pneumonia nosocomial,candidíase esofágica,urosepsis) que culminaram no seu falecimento.Conclusão:Apesar da evidência disponível sugerir melhor prognóstico nos doentes idosos tratados com corticoides e CYC, a idade avançada é factor de risco para complicações e mortalidade associados à terapêutica.Na população dos "muito idosos"(> 75 anos) esta abordagem pode ser questionável.

CO-01-04

SARCOIDOSE GLANDULAR

Sara Brandão Machado, Ângela Mota, Joana Andrade, Ana Pinho Oliveira, Cláudia Martins, Rui Marques, Ana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E., SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida que pode envolver qualquer órgão. A manifestação mais comum na cabeça e pescoço é a sarcoidose glandular ou a síndrome de Heerfordt. CASO CLÍNICO: Mulher caucasiana, 41 anos, encaminhada para hospital da área de residência após diagnóstico de sarcoidose pulmonar, nevralgia do trigémio atípica, imunodeficiência comum variável, défice de vitamina D, fibromialgia, depressão, síndrome do cólon irritável. Estando já medicada com corticoterapia sistémica em doses elevadas e imunoglobulina endovenosa iniciou quadro de xerostomia e xeroftalmia associado a episódios de dacrioadenite, sudorese noturna e nevralgia facial. Medicada também com. fenitoína e opióides transdérmicos com resposta parcial. Recentemente iniciou poliartralgias nos punhos, metacarpofalângica e interfalângica proximal de padrão inflamatório, disfagia e dor cervicolateral. Internada para esclarecimento diagnóstico e multidisciplinar. Analiticamente rastreio de tuberculose e serologias víricas negativas, IgG4 normal. Provas de função respiratória com difusão e pletismografia normais. TC-tórax com micronódulos, sem lesões

sugestivas de sarcoidose. Ecografia tiroideia normal. Do estudo das glândulas salivares ecografia normal, cintigrafia com captação diminuída nas submaxilares sem obstrução, e biópsia com infiltrado linfoplasmocítico e calcificações. TC-pescoço com hipertrofia das glândulas salivares parótidas, submandibulares e sublinguais provocando compressão sobre a faringe na deglutição e dismotilidade alta. Excluída uveíte, polineuropatia e miosite. Inicialmente optou-se pelo desmame da corticoterapia e início de metotrexato verificando-se agravamento clínico com subida da SACE. Admitiu-se sarcoidose com envolvimento pulmonar em remissão após corticoterapia prolongada desde 2013 e, envolvimento glandular e neurológico atípico de novo, pelo que a doente iniciou há um mês infliximab

CO-01-05

SÍNDROME DE LÖFFLER E NÃO SÓ

Renata Ribeiro, Joana A. Duarte, Célia Henriques
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença do tecido conjuntivo com envolvimento pulmonar frequente, sendo que até 50% dos doentes desenvolverão, no decurso da doença, pleurite, derrame pleural, hemorragia alveolar, doença tromboembólica ou doença intersticial pulmonar. No entanto, a doença pulmonar como manifestação inicial não é comum, não estando documentada uma relação entre LES e Síndrome de Löffler. Apresenta-se o caso de uma doente de 71 anos com exantema maculo-papular pruriginoso generalizado e cansaço progressivo para pequenos esforços com 2 semanas de evolução. Concomitantemente, referia perda ponderal involuntária de 7kg e tosse não produtiva com 3 meses de evolução. Imagiologicamente, radiografia de tórax com condensação no lobo superior esquerdo e infiltrados algodonosos bilaterais e simétricos de rápida evolução. A Tomografia computorizada torácica revelou áreas de densificação em vidro despolido, envolvendo os vários lobos de ambos os pulmões e área de consolidação pulmonar no ápex esquerdo com características necróticas, sem cavitações. Laboratorialmente, destacava-se eosinofilia periférica (11,4%), sem leucocitose ou neutrofilia, e imunoglobulina E de 746 UI/ml. Do ponto de vista etiológico excluíram-se causas infecciosas, medicamentosas e neoplásicas. Do estudo auto-imune, a salientar, ANCA (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies), enzima conversora da angiotensina e adenosina aminase (ADA) negativos, ANA (anti-nuclear antibodies) com o título de 1/320. Admitindo-se o diagnóstico de Síndrome de Löffler, foram administrados 5 pulsos de metilprednisolona com resolução total do quadro pulmonar e da eosinofilia periférica. Realizou biópsia cutânea que revelou eritema exsudativo multiforme em provável relação com Lúpus Eritematoso Sistémico. A doente foi medicada com hidroxicloroquina 400mg e prednisolona 60mg/dia e uma semana após introdução desta terapêutica, constatou-se melhoria progressiva do quadro cutâneo.

CO-01-06

SÍNDROME DE SJOGREN E DOENÇAS AUTO IMUNES DA TIROIDE: UMA RELAÇÃO PREVISÍVEL

Helena Santos Gonçalves, Sofia Cerqueira, Ana Filipa Rebelo, Trigo Faria
CHTMAD, HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: A síndrome de Sjogren (SS) é a doença reumatológica mais associada ás doenças autoimunes da tiroide (DAIT). As semelhanças anátomo-fisiológicas entre as glândulas lacrimais, salivares e tiroideia e a fisiopatologia comum ás doenças, explicam esta ligação. Estudos indicam que o SS possa ser 10 vezes mais frequente em doente com DAIT, e a Tiroidite de Hashimoto (TH) 9 vezes mais comum em casos de SS. Caso Clínico: Mulher 57A, história de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e dislipidemia; recorre ao serviço de urgência por edema periorbital com 3 meses de evolução, ganho ponderal de 10kg em 1 mês, edemas periféricos, astenia, labilidade emocional, xerostomia e redução da acuidade visual; desde há 1 semana com letargia, redução do débito urinário e dispneia para médios esforços; objetivamente com sinais de mixedema. Análises do exterior com TSH 113.5 (0.27- 4.2 mIU/L), T4L de <0.4 (8.24-21.0 pmol/l), ecografia da tiroide: sinais de tiroidite, ecocardiograma: pequeno derrame pericárdico. Tem alta com o diagnóstico de hipotiroidismo, sob levotiroxina 200 µg dia. Ao 15º dia de levotiroxina: redução dos edemas periféricos e perda ponderal de 7kg; analiticamente: TSH 35.5 mIU/L, T4L 15.4 pmol/l, anticorpo anti -tiroglobulina 44485.00UI/ml (> 60:positivo) e anti–tiroide peroxidase 1563UI/ml(> 35:positivo); assume-se Tiroidite de Hashimoto. Ao 8º mês relata fraqueza muscular generalizada, artralgias, edemas dos punhos e joelhos, destaca xerostomia e xerofltamia com 6 anos de evolução; faz estudo auto imune: ANAs positivos, anti SSA> 240,0 U/ml(<7) e anti SSB> 328U/ml (<7). Inicia prednisolona 7,5mg dia e hidroxicloroquina 400mg dia, faz biópsia do lábio que mostra sialadenite crónica. Diagnóstico final: Tiroidite de Hashimoto em S. Sjogren. Discussão: Este é um caso de sobreposição das patologias, no qual presume-se que a doente já teria clinica de SS préviamente á DAIT, mas a indolência dos sintomas e a exuberância do hipotiroidismo mascararam os sintomas.

QUINTA-FEIRA - 26 - 19H30 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1**

MODERADORES: BETÂNIA FERREIRA, CARLOS VASCONCELOS

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

CO-02-01

POLINEVRITE PARES CRANIANOS – APRESENTAÇÃO DE QUE ENTIDADE?

Inês Henriques Ferreira, Rita Dias, Raquel Faria, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

Caso clínico: homem de 56 anos, com história com 2 anos de evolução de cefaleia em salva esquerda e episclerites repetição do olho esquerdo com posterior amaurose pós-traumática. Encontrava-se hipocoagulado com rivaroxabano por tromboembolia pulmonar desde há 6 meses e recorre por quadro com o mesmo tempo de evolução de défices neurológicos aditivos correspondendo na prática a polinevrite pares cranianos (V, VII, VIII, IX, X e XII) esquerdos – otomastoidite, hipoacusia, disfagia total com necessidade sonda nasogástrica, parésia facial hemiface, atrofia e parésia da hemilíngua, parésia corda vocal, incapacidade elevação palato e do ombro esquerdo. O estudo com ressonância magnética identifica lesão infiltrativa da base do crânio com extensão ao espaço retrofaríngeo e golfo da jugular. Submetido a biópsia que descreve: infiltrado inflamatório e granulomas, sem outros achados. Em paralelo efectuado extenso estudo de despiste de etiologias infeciosas e neoplásicas que se revelou negativo. Do estudo de auto-imunidade apenas positivos os anticorpos anti-nucleares em título baixo (1/80). Vários doseamentos seriados de enzima conversora angiotensina sempre normais. Da integração da totalidade dos dados disponíveis entendeu-se neurosarcoidose como diagnóstico mais provável – alternativamente considerada hipótese de granulomatose com poliangeíte mas sem critérios formais de classificação. Iniciou tratamento com prednisolona (1mg/Kg/dia) e ciclofosfamida endovenosa mensal. O doente evoluiu favoravelmente, com excelente resposta e desaparecimento dos défices neurológicos, actualmente com exame neurológico normal e tendo passado a terapêutica de manutenção com metotrexato (10mg/semana). A doença granulomatosa do sistema nervoso central não infecciosa pode ser difícil de filiar, sendo as etiologias mais prováveis a granulomatose com poliangeíte, a neurossarcoidose e a leptomeningite hiperplásica.

CO-02-02

GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE COM GRAVE ATINGIMENTO MULTI-ORGÂNICO E REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA

Rita Dias, Inês Henriques Ferreira, Raquel Faria, Fátima Farinha, João Araújo Correia
RITA DIAS, INÊS HENRIQUES FERREIRA, RAQUEL FARIA, FÁTIMA FARINHA, JOÃO ARAÚJO CORREIA

A granulomatose com poliangeíte (granulomatose de Wegener), tem atingimento sistémico, cursando com inflamação granulomatosa necrotizante e vasculite que envolve principalmente o trato respiratório e os rins. Caso: homem, 51 anos, hipertenso, que se apresentou com quadro com 3 meses de evolução de astenia, mialgias, poliartrite simétrica, bilateral de grandes e pequenas articulações. No dia anterior, adicionara às queixas, dor pleurítica no hemitorax esquerdo, episódio auto-limitado de epistaxis e expectoração hemoptoica, úlceras orais e lesões vasculiticas com inicio na face extensora dos cotovelos e progressão para os membros inferiores atingindo inclusive nas plantas dos pés, com áreas necróticas (imagem). Do estudo realizado, TC a documentar áreas de vidro despolido sugestivas de hemorragia alveolar, sem alterações ao nível dos seios perinasais, hematuria microscópica sem dismorfia eritrocitária. A gravidade da apresentação inicial (BVAS 26) e a escassez de diagnósticos alternativos, levou ao iniciou de 4 sessões de plasmaferese, corticoterapia em alta dose e, após estudo imunológico positivo para c-ANCA (1/640), PR3 (789 U/L), com anti-GBM negativo, iniciou ciclofosfamida, conseguindo-se controlo das manifestações graves e melhoria sintomática. Estabelecido o diagnóstico de granulomatose com poliangeite, completou ciclo de 6 meses de ciclofosfamida e apesar de clinicamente estável, manteve necessidade de corticoterapia em dose elevadas, com evidência clinica de actividade da doença - mononeuropatia, angina abdominal, mialgias, eritrociturıa e proteinuria de novo (BVAS 23), pelo que iniciou rituximab como terapêutica de resgate de indução. Este caso evidencia a necessidade de introdução de terapêutica, mesmo sem diagnóstico definitivo, quando as manifestações são muito graves e o papel do rituximab na indução terapêutica, cada vez mais utilizado como primeira linha.

CO-02-03

SÍNDROME DE SJÖGREN: CASUÍSTICA DA CONSULTA DE DOENÇAS AUTOIMUNES

Ângela Mota, Carla Eira, Sara Machado, Rachel Silvério, Claúdia Martins, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: O Síndrome de Sjögren (SS) é uma patologia crónica autoimune, caracterizada pela infiltração linfocítica focal das glândulas exócrinas, sendo a xeroftalmia e a xerostomia as manifestações mais comuns. O objetivo deste estudo foi caracterizar a população com SS seguida na consulta de Doenças Autoimunes de um hospital central. MÉTODOS: Através da consulta dos processos clínicos dos 27 doentes com SS foi realizada uma análise retrospetiva com recurso a elementos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. RESULTADOS: A média de idade é de 60,1 anos, sendo 81,5% dos doentes do sexo feminino. Em média, a idade de diagnóstico é de 53,6 anos e o tempo de seguimento em consulta de 8,8 anos. Em 18,5% dos casos, o SS está associado a outras doenças autoimunes, na sua maioria Lúpus Eritematoso Sistémico. 88,9% dos doentes foram classificados segundo os critérios apresentados em 2002 (American-European Consensus Group) e os restantes pelos de 2012 (American College of Rheumatology). Clinicamente, 85,2% e 81,5% dos doentes apresentam manifestações oculares e orais respetivamente. As manifestações extraglandulares foram evidentes em 85,2% dos doentes, na sua maioria com envolvimento hematológico (51,9%) e articular (33,3%). Foram favoráveis ao diagnóstico, os seguintes exames complementares de diagnóstico: ANA (92,6%), SSA (85,2%), Teste de Schirmer (66,7%), biópsia das glândulas salivares (63%), SSB (59,3%), Fator Reumatóide (48,1%) e cintigrafia salivar (14,8%). A terapêutica sistémica inclui Hidroxicloroquina (68%), corticóide (40%) e Pilocarpina (20%). CONCLUSÃO: De modo geral, os resultados desta análise estão de acordo com os estudos existentes sobre esta patologia. De facto, o SS é típico do sexo feminino de meia-idade. De realçar, a elevada prevalência de manifestações extraglandulares e presença de marcadores imunológicos, acentuando a componente sistémica do SS.

CO-02-04

CRISE RENAL ESCLERODÉRMICA- UMA SOBREPOSIÇÃO QUASE FATAL

Rita Ivo, Miguel Teles, Pedro Santos, Rita Reis, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ- MEDICINA 1B

A Crise Renal Esclerodérmica (CRE) é uma complicação da Esclerose Sistémica (ES), associada sobretudo à sua forma difusa. CASO CLINICO: Mulher de 86 anos admitida por dispneia com 2 semanas, de agravamento progressivo, associada a toracalgia pleurítica e edema dos membros inferiores. A radiografia de tórax demonstrou extenso derrame pleural (DPL) esquerdo e índice cardio-torácico aumentado. Analiticamente sem alterações relevantes exceto leucocitúria e nitritos positivos na urinálise. Realizou toracentese com saída de líquido pleural com critérios de exsudado, sendo a imunofenotipagem normal, citologia e biópsia pleural com alterações inflamatórias. Do estudo complementar destacavam-se VS elevada (64mm/h), ANA´s positivos com título 1/640 (padrão mosqueado e nucleolar), Teste de Coombs Direto positivo fraco, Anticorpos (Ac) anti-Antigénios associados à Esclerose Sistémica Difusa fortemente positivos (Ac anti-RP11, Ac anti-RP155, Ac anti-Ro -52). Ecocardiograma com derrame pericárdico (DP) moderado. Durante o internamento realizou várias toracenteses evacuadoras, sempre com recidiva do DP e evoluiu com lesão renal aguda (creatinina 2,5 mg/dL, sem proteinúria) e linfopénia (600 céls/mm3). Admitiu-se poliserosite associada a lúpus eritematoso sistémico e iniciou prednisolona na dose 1mg/Kg assistindo-se a melhoria franca do DPl e estabilização do DP, houve no entanto elevação dos valores tensionais, agravamento da trombocitopénia e da função renal (sem proteinúria), complicada de acidose tubular renal tipo 4. Apesar da ausência de manifestações cutâneas, foi admitido síndrome de sobreposição LES/ES, complicado de CRE. Iniciou terapêutica com captopril e reduziu gradualmente corticoides, verificando-se com o controlo tensional normalização da trombocitopénia, resolução da acidose tubular renal e melhoria dos valores de creatinina.CONCLUSÃO: A CRE é uma complicação grave da ES, devendo o seu diagnóstico ser considerado mesmo na ausência das manifestações cutâneas desta.

CO-02-05

PET-CT: O SEGUIMENTO IMAGIOLÓGICO DA FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA.

Gert-Jan van der Heijden, Carlos Vasconcelos
GERT-JAN VAN DER HEIJDEN, CARLOS VASCONCELOS

Introdução: A Fibrose Retroperitoneal (FR) é caraterizada pela presença de tecido fibroinflamatório na cavidade retroperitoneal, envolvendo mais frequentemente a aorta abdominal e as artérias ilíacas. Pode ser do tipo Secundária (FRS), surgindo como resposta a fármacos, neoplasias, infeções e cirurgias (1/3 dos casos), ou do tipo Idiopática (FRI) como manifestação de doença autoimune sistémica. Dada a elevada mortalidade da FRS é importante distingui-la da FRI. O estudo imagiológico é fulcral no diagnóstico e seguimento da FR, uma vez que a apresentação clínica e as alterações analíticas (exceto a presença de marcadores tumorais no FRS e hiperIgG4 no FRI) não distinguem entre os dois tipos. A avaliação por Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM) facilitam a diferenciação entre FRS e FRI. Somente as sequências ponderadas em T2 por RM podem indicar atividade metabólica. A Tomografia por Emissão de Positrões (PET) não diferencia entre FRS e FRI, no entanto, permite uma quantificação da atividade metabólica sendo o tratamento do FRI baseado nesta atividade. Caso clínico:Homem de 77 anos, com dor abdominal e colestase extra-hepática. Realizou TC que revelou densidade tecidular peri-aórtica. Analiticamente com elevação dos marcadores de inflamação sem outras alterações. Sendo diagnosticado com FRI não se fez

biopsia. Iniciou corticoterapia oral posteriormente substituído por azatioprina que suspendeu por hepatite, tendo iniciado metotrexato. Ficou em seguimento imagiológico utilizando RM(n=2) e PET(n=5) durante 6 anos. RM´s confirmaram o diagnóstico de FRI sem alterações da atividade metabólica. As PET´s revelaram alterações da atividade metabólica, correspondendo a elevação dos marcadores inflamatórios, condicionando alterações terapêuticas e posterior melhoria do quadro analítico e imagiológico.Conclusão:Este caso confirma a utilidade da PET no seguimento do FRI, neste caso sendo mais informativa a vigilância imagiológica por PET comparada com RM.

CO-02-06

DIABETES MELLITUS SECUNDÁRIA A CORTICOTERAPIA – INCIDÊNCIA NUMA CONSULTA DE DOENÇAS AUTO-IMUNES

Sofia Cerqueira, Helena Santos Gonçalves, Elisa Serradeiro, Antonio Trigo Faria
SERVIÇO DE NEFROLOGIA E MEDICINA INTERNA - CHTMAD

INTRODUÇÃO: Muitos doentes com doenças autoimunes fazem corticoterapia (CC) durante vários anos. A CC interfere com a insulinossensibilidade periférica, leva ao aumento da glicemia pós-prandial e, em ultima instância, a diabetes mellitus (DM). Com este estudo pretendemos saber qual a relação entre o uso de CC e a incidência de DM em doentes com doença autoimune. MÉTODOS: Estudou-se a população de uma consulta de Doenças Autoimunes durante 2014, selecionando-se aqueles com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) – 48, Artrite reumatoide (AR) -62- e Artrite Psoriática (AP) - 21. O diagnóstico de DM foi feito com base em glicemias em jejum. Corremos o teste de Fisher para analisar a associação entre o uso de CC e a incidência de DM. RESULTADOS: Dos doentes avaliados, 100 cumpriam CC. Destes, 21% tinham também DM. A percentagem de doentes simultaneamente sob CC e com DM foi de 14% nos doentes com artrite psoriática, 15% nos doentes com LES, e 21% nos doentes com AR. 6 tinham DM prévia ao início de CC, pelo que foram retirados da nossa amostra. Na análise descritiva, a percentagem de doentes com possível diabetes iatrogénica foi de 15%. Nesta amostra não encontramos diferenças estatisticamente significativas na incidência de DM entre ambos os grupos – sob CC ou não (p = 1.00). DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: Neste estudo, a percentagem de doentes a fazer CC e simultaneamente com DM foi de 21%, face aos 43,5% em estudos descritos (sendo estes realizados com base em glicemias pós-prandiais, o que pode explicar esta diferença). A presença de DM simultânea com CC foi mais frequente nos doentes com AR, tal como descrito em estudos. Neste estudo não se verificou associação estatisticamente significativa entre o início de CC e o surgimento de DM. No futuro, seria importante procurar outros fatores preditores de diagnóstico de DM nesta população. Não obstante, face à percentagem significativa de DM na nossa amostra, também seria importante realizar a PTGO em todos os doentes.

CO-02-07

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E ATEROSCLEROSE PREMATURA

Cátia Barreiros, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
SERVIÇO DE MEDICINA 1, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica com um largo espectro de manifestações. Está comprovado que estes doentes têm um processo aterosclerótico precoce e acelerado, com destaque para a doença coronária e cerebrovascular. Na maior série de doentes descrita 6 a 20% das mortes ocorriam por doença cardiovascular. Caso Clínico: Mulher de 33 anos. Julho de 2002: rash malar e fotossensibilidade. Anemia, leucopenia, anticorpos (Ac) antinucleares e anti SSB positivos. Ac antifosfolipidicos (AAF) negativos. Biópsia de lesão cutânea compatível com lúpus discóide. Desaparecimento das lesões cutâneas com fotoprotecção. Artralgias esporádicas tratadas com AINEs. Em 2012 AAF positivos iniciando hidroxicloroquina (HQ), tendo em vista gravidez, que decorre sem complicações. Desde esta data, dos AAF apenas anticoagulante lúpico (AL) positivo. Sem manifestações trombóticas ao longo de 13 anos de doença. Em janeiro de 2015 surge claudicação intermitente e cianose dos dedos do pé esquerdo. Em Julho/15 é diagnosticado enfarte do miocárdio (EAM) sem supra-ST, com hipocinésia do septo interventricular e cateterismo cardíaco com estenose de 70% na artéria descendente anterior, tratada com stent revestido. Fica duplamente antiagregada, e sob estatina, além de HQ. Entretanto doppler arterial revela placa de ateroma homogénea, na artéria femoral comum esquerda, condicionando estenose de 70%. Cirurgia Vascular considera indicação cirúrgica que é protelada pela intervenção coronária recente. Conclusão: Esta doente jovem não apresenta qualquer fator de risco cardiovascular tradicional, nem estava medicada com corticosteroides. Sabemos, contudo, que as mulheres jovens com LES têm uma alta incidência de aterosclerose, que se manifesta sobretudo por EAM (52 x maior do que na população geral). Salientam-se neste caso a doença coronária e doença arterial periférica simultâneas

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 **AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA**

MODERADORES: **PATRICIA DIAS**
JORGE FORTUNA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

CO-03-01

SARCOIDOSE – A GRANULOMATOSE ESQUECIDA

Patrícia Cipriano, Manuel Toscano, Ana Isabel Pedroso, Mariana Vieira, Marta Custódio, Ana Rafaela Alves, Anabela Marques, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS, SERVIÇO DE MEDICINA I

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia ainda desconhecida caracterizada por granulomas não caseosos nos múltiplos órgãos afectados. Descrevem-se três casos de sarcoidose diagnosticados num hospital distrital nos últimos 5 anos. Caso 1: Homem melanodérmico, 49 anos. Febre sem predomínio horário, tosse produtiva, toracalgia pleurítica e tumefacção parotídea esquerda. PCR 1,53mg/dL, VS 55mm/h, ECA 85UI/L, Cálcio 10,1mg/dL, pico monoclonal IgG. Radiograma de tórax com hipotransparências nodulares bilaterais e alargamento do mediastino por volumosas adenopatias confirmadas em tomografia computorizada (TC). Lavado broncoalveolar (LBA) com aumento da expressão CD4/CD8. Assumida sarcoidose fase IV com atingimento parotídeo. Caso 2: Mulher leucodérmica, 35 anos. Astenia, febre, sudorese vespertina, dor articular com padrão inflamatório e indurações ruborizadas nos membros inferiores compatíveis com eritema nodoso. PCR 4.4mg/dL, VS 56mm/h, ECA 44.3UI/L, Mantoux anérgico, TC tórax com micronódulos pulmonares bilateralmente e múltiplas adenopatias mediastínicas. LBA com razão CD4/CD8 12,3, biopsia de gânglio por mediastinoscopia compatível com linfadenite granulomatosa e biopsia cutânea com paniculite septal. Admitida sarcoidose - Síndrome de Löfgren. Caso 3: Homem melanodérmico, 33 anos. Tosse com expectoração mucosa, febre com sudorese nocturna, perda ponderal de 18% em 3 meses, visão turva ocasional com olho vermelho à direita. PCR 0,27mg/dL, VS 9mm/h, ECA 85,8UI/L, Cálcio 10,4mg/dL, IGRA negativo. TC com alargamento mediastínico bilateral por múltiplas adenopatias, sem nódulos pulmonares. LBA com relação CD4/CD8 4.20; Biopsia de mucosa brônquica com granulomas sarcóides e gânglio mediastínico com linfadenite granulomatosa. Uveíte anterior bilateral confirmada. Admitida sarcoidose fase I com atingimento ocular. O diagnóstico diferencial de sarcoidose é assim um desafio diagnóstico pela multiplicidade de apresentações possíveis.

CO-03-02

MONONEURITIS MULTIPLEX COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE VASCULITE ANCA POSITIVO

Sofia Pinto Correia, Tiago Fernandes, Miguel Borges Silva, Ana Luísa Marçal, João Massano, Ana Costa, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

A vasculite cutânea com anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) positivos associada a atingimento de orgão obriga a rápido reconhecimento e condiciona escolha de tratamento mais agressivo de forma a prevenir sequelas. O atingimento neurológico é um critério de gravidade. Apresenta-se o caso de mulher de 66 anos com antecedentes de sinusite, pólipos nasais e "bronquite crónica" de diagnóstico recente, com quadro de febre com 1 semana de evolução, astenia e lesões cutâneas pruriginosas violáceas acrais. Foi constatada paraparésia arrefléxica e alterações sensitivas dos membros inferiores. Analiticamente com eosinofilia (6.700/uL) e aumento dos marcadores inflamatórios. A eletromiografia dos membros inferiores demonstrou mononeuritis multiplex (MM) com sinais de perda axonal sensitiva e motora sugerindo instalação sub-aguda nos nervos mediano esquerdo e cubital e femoral direitos. A tomografia computorizada (TC) dos seios nasais corroborou a presença de pólipos nasais até aos meatos médios e sinusite paranasal. A biópsia nasal apresentou eosinófilos e necrose eosinofílica e a biópsia cutânea vasculite leucocitoclástica. Do estudo imunológico, p-ANCA (anti-MPO) e factor reumatóide positivos. Foi excluido atingimento pulmonar e renal. A poliangeite granulomatosa necrotizante com eosinofilia ou síndrome de Churg-Strauss (SCS) é uma vasculite sistémica necrotizante ANCA positiva de pequenas e médias artérias. O diagnóstico de SCS exige 4 dos 6 critérios (American College of Rheumatology): asma, eosinofilia > 10%, sinusite, infiltrados pulmonares, biópsia com eosinofilia extravascular e MM ou polineuropatia. Sem tratamento a SCS tem uma sobrevida de 25% aos 5 anos, menos de metade da sobrevida com tratamento apropriado (62%). Os autores pretendem ilustrar um caso raro de SCS com atingimento neurológico grave à apresentação, que obrigou a tratamento de indução precoce agressivo com dose elevada de corticóide, seguido de pulsos de ciclofosfamida e corticoterapia.

CO-03-03

UM MAL NUNCA VEM SÓ

Adriana Soares, Carina Andrade
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS – HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A hepatite auto-imune é uma doença inflamatória crónica que condiciona destruição hepática progressiva. Caracteriza-se por níveis elevados de transaminases e imunoglobulina G, presença de auto-anticorpos específicos e lesões de hepatite de interface na histologia. A apresentação clínica varia desde a ausência de sintomas até à falência hepática aguda. Doente de 58 anos, sexo feminino, diabética e hipertensa, admitida no serviço de urgência por quadro com três meses de evolução de fadiga, icterícia, colúria, prurido e dor no hipocôndrio direito. Sem história de consumo de álcool, tóxicos ou novos fármacos. Na admissão consciente, apirética, ictérica, sem flapping. Analiticamente com trombocitopenia, padrão de citocolestase hepática, hipoalbuminemia e alteração da coagulação. A ecografia abdominal mostra cirrose hepática, esplenomegalia e ascite. Estudo imunológico e biopsia hepática confirmaram o diagnóstico de hepatite auto-imune tipo 1. Iniciou prednisolona na dose de 1mg/Kg/dia com boa resposta inicial. Posterior agravamento clínico com febre e descompensação da doença hepática. Tomografia torácica revelou lesões pulmonares bilaterais arredondadas de grandes dimensões. Lavado-broncoalveolar com identificação de aspergillus fumigatus, apresentando antigénio Galactomannan positivo. Apesar do início de voriconazol, novo de agravamento clínico, com depressão do estado de consciência em contexto de hemorragia subaracnoideia por ruptura de formação aneurismática em território da artéria cerebral média esquerda. Doente acaba por falecer por ruptura do aneurisma micótico. Com este caso os autores pretendem chamar a atenção para a hepatite auto-imune como uma doença com apresentação clínica variada, cujo grau de suspeição clinica é frucral para um diagnóstico atempado. O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível. O tratamento com corticoterapia tem eficácia comprovada mas não é isento de complicações, que podem ser, no pior dos cenários, fatais.

CO-03-04

DOENÇA DE ADDISON - A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Henriques, Joana Pires, Mariana Sousa, Pires Geraldo, Eliana Araujo, Rosa Jorge
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA – UNIDADE DE AVEIRO

A doença de Addison é rara e caracteriza-se por insuficiência adrenal que se manifesta quando mais de 90% do córtex adrenal se torna disfuncional, afectando a função glucocorticóide e mineralocorticóide. Atinge ambos os sexos e qualquer grupo etário. Quando não tratada atempadamente pode ser fatal. Caso clínico: Homem de 26 anos. Sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual. Queixas com um mês de evolução de astenia, emagrecimento (7,5% do peso habitual), dispneia, desconforto torácico, intolerância a esforços, desconforto abdominal com náuseas e vómitos alimentares, hiperpigmentação da pele (principalmente mãos, pés) e mucosas (gengivas e língua). Objectivamente apresentava hipotensão (TA 80/50mmHg) . Tez melânica. Restante exame objectivo sem alterações. Analitícamente: Hiponatrémia ligeira(132,8mEq/L), hipercaliémia ligeria (5,4 mEq/L). Ficou internado para estudo de suspeita de hipocortisolismo. DO estudo realizado destaca-se cortisol sérico matinal <0,3 ug/dL, com ACTH basal elevada >1250 pg/mL; hipotiroidismo subclínico T4 0,65pg/mL; TSH 8,15mU/L; Anticorpos (Ac) anti tireoglobulina negativo. Estudo imunológico negativo, Ac. anti supra-renal positivos. Pesquisa de BK e serologias víricas negativas. Tomografia computorizada (TC) de sela turca sem alterações. TAC supra-renais: glândulas de dimensões bastantes reduzidas, principalmente à esquerda. Foi despistada neoplasia. Iniciou terapêutica de substituição com metilprednisolona e fludrocortisona com resolução do quadro clínico e normalização analítica. Conclusão: A inespecificidade dos sintomas e sinais da Doença de Addison, com frequência, atrasa o diagnóstico. O elevado grau de suspeição clínica e o tratamento precoce são factores chave para reduzir a alta taxa de morbilidade e mortalidade.

CO-03-05

MIOPATIA TÓXICA POR EXPOSIÇÃO À HIDROXICLOROQUINA

Rita Costa, João Ribeirinho Soares, Betânia Ferreira, Fátima Farinha, João Araújo Correia
UNIDADE B, SERVIÇO DE MEDICINA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

A hidroxicloroquina (HCQ) é um fármaco antimalárico frequentemente utilizado no tratamento do lúpus eritematoso sistémico (LES). Pode apresentar toxicidade muscular, que nem sempre se traduz na elevação das enzimas musculares. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 35 anos, com diagnóstico de LES há 15 anos e síndrome antifosfolipídico secundário. Medicada com HCQ há vários anos, sem história prévia de miopatia. Internada para estudo de quadro com 2 meses de evolução de diminuição da força muscular de predomínio proximal, sem assimetrias, nem outros sintomas ou sinais associados; analiticamente, com elevação das enzimas musculares [creatina cinase (CK) máxima 3280IU/L, aldolase (ALD) máxima 60,7IU/L], pelo que se optou pelo aumento da corticoterapia sistémica [prednisolona (PDN) 5 para 40 mg/dia]. À admissão, sem alterações motoras no exame neurológico. Estudo complementar com descida significativa das enzimas musculares (CK 367IU/L, ALD 4,6IU/L), sem evidência de consumo de complemento ou seroconversão de autoanticorpos. Electromiografia (EMG) com sinais de miopatia. Tomografia computorizada toracoabdominopélvica sem neoplasia sólida. Exame histológico em microscopia ótica a relatar músculo com alterações miopáticas; observação em microscopia eletrónica a documentar a presença de vacúolos autofágicos com algumas formações do tipo "whorl", achados compatíveis com miopatia tóxica/metabólica. Decidida suspensão de HCQ (200 mg/dia), com melhoria progressiva das queixas musculares e dos resultados analíticos. Redução progressiva de corticoterapia sistémica até aos

5 mg/dia de PDN, mantendo-se clinicamente estável aos 9 meses de vigilância. A miopatia por HCQ é uma miopatia autofágica vacuolar, cujo diagnóstico implica o estudo ultraestrutural do músculo. Dada a utilização frequente da HCQ na terapêutica das doenças autoimunes, é fundamental considerar esta patologia no diagnóstico diferencial de um doente com queixas musculares de novo.

CO-03-06

FEBRE REUMÁTICA E ARTERITE DE TAKAYASU – DIFERENTES EXPRESSÕES FENOTÍPICAS DE UM MESMO DISTÚRBIO?

Ricardo Baptista1 Maria Fraga 2Maria João Nunes da Silva2,Maria Inês Seixas3, Cristina Ponte2, Tiago Marques1, Carla Macieira3, Rui MM Victorino2, João Menezes Santos2
SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS, HOSPITAL DE SANTA MARIA/CHLN1,SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DE SANTA MARIA/ CHLN/FML 2,SERVIÇO DE REUMATOLOGIA E DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS, HOSPITAL DE SANTA MARIA/ CHLN3

Introdução: Existem alguns relatos na literatura de associação de Febre Reumática (FR) e Arterite de Takayasu (AT), admitindo-se a hipótese de mecanismos etiopatogénicos comuns. Apresenta-se um caso de coexistência das duas entidades. Caso clínico: Mulher de 31 anos, raça negra, submetida a cirurgia de substituição valvular mitro-aortica e colocação de anel de Carpentier na válvula tricúspide em contexto de cardiopatia reumática, foi internada 10 meses depois desta cirurgia por febre, toracalgia e poliartralgias de grandes articulações. Observou-se VS de 120 mm, PCR 21 mg/dl e TASO 1600, admitindo-se novo surto de FR. A TA não era mensurável e os pulsos arteriais não eram palpáveis no membro superior esquerdo. A angio TC mostrou ectasia da artéria pulmonar e oclusão total da região proximal da artéria subclávia esquerda. A RM cardíaca revelou obliteração dos ramos interlobares inferiores das artérias pulmonares principais e o ecoDoppler síndroma de roubo da subclávia. O PETScan não tinha alterações sugestivas de vasculite em fase activa, admitindo-se AT em fase não inflamatória. Foi medicada com salicilatos para o quadro articular e sistémico e com amoxicilina para o quadro infeccioso estreptocócico. Iniciou posteriormente este antibiótico em dose profilática da FR e prednisolona e metrotexato em doses de profilaxia da recorrência da AT. Discussão: A FR manifesta-se sobretudo por pancardite, arterite, coreia, eritema marginatum e nódulos subcutâneos, sendo a lesão valvular cardíaca clinicamente dominante. O envolvimento vascular está descrito em vasos de pequeno calibre. A AT envolve sobretudo a aorta e seus ramos principais e a artéria pulmonar. O envolvimento cardíaco é frequente, nomeadamente a nível valvular. O caso aqui apresentado, em consonância com os relatos da literatura, permite considerar a hipótese destas entidades corresponderem a diferentes expressões fenotípicas de um mesmo distúrbio imunológico.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC

MODERADORES: DEOLINDA PORTELINHA
NARCISO OLIVEIRA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

CO-04-01

SARCOIDOSE MUSCULAR E HEPÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Cátia Barreiros, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
SERVIÇO DE MEDICINA 1, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica que embora afecte com mais frequência o pulmão, frequentemente tem envolvimento extra-pulmonar. A forma de apresentação é variável e a evolução incerta. Caso Clínico: Mulher de 53 anos. Depressão, litíase renal, ex-fumadora. Diagnóstico de sarcoidose desde 2013. Apenas medicada com ansiolítico e analgésico. Enviada à consulta em 2015 por mialgias, poliartralgias e astenia. Alterações da memória e do humor. Sem organomegálias nem adenopatias periféricas. Portadora de electromiograma que relatava miopatia aguda/subaguda grave, a refletir intensa necrose das fibras musculares. Biópsia muscular não mostrou alterações. Cintigrafia corporal com envolvimento torácico e ocular. PET: captação nos gânglios torácicos e abdominais, pulmão, fígado e medula óssea, sugerindo doença em actividade. Calciúria, enzima de conversão da angiotensina (ECA) e enzimas de colestase aumentadas. Densitometria óssea: osteopenia. Iniciado corticóide, colchicina e bifosfonato. Na RMN-CE sequelas de lesões isquémicas. Provas de função respiratória com síndrome ventilatório restritivo ligeiro e difusão de monóxido de carbono diminuída. RM abdómen compatível com cirrose hepática e dilatação de algumas vias biliares intra-hepáticas. Colangiografia por RM mostrou nodularidades de regeneração difusas. Serologias víricas e estudo hepático auto-imune negativos. Biopsia hepática com inflamação granulomatosa gigantocelular não necrotizante, a confirmar sarcoidose hepática. Após início de corticoterapia redução da colestase e normalização da ECA. Mantém mialgias e fraqueza muscular sobretudo das coxas, embora menos intensas, fadiga e humor depressivo. Conclusão: Salienta-se nesta doente a multiplicidade de manifestações de sarcoidose: pulmonar, ganglionar, ocular, renal, muscular e hepática, as duas últimas sintomáticas, situação rara e de pior prognóstico

CO-04-01

DOENÇA DE STILL NO ADULTO IDOSO

Ana Campos Nogueira, Ana Costa, António Furtado.
HOSPITAL PEDRO HISPANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Doença de Still do Adulto constitui uma doença inflamatória rara que afeta maioritariamente adultos jovens. A forma de apresentação mais comum consiste em síndrome febril, artralgias e rash maculopapular evanescente cor de salmão. Manifestações menos comuns incluem odinofagia, serosite, linfadenopatia e hepatosplenomegalia. O diagnóstico é de exclusão, na ausência de etiologia infeciosa, auto-imune e neoplásica e com base em critérios de diagnóstico clínicos e laboratoriais. A inexistência de critérios diagnósticos uniformemente aceites contribuem para que seja possivelmente subdiagnosticada. Apresenta-se o caso clínico de um doente de 74 anos com diagnóstico de Doença de Still do Adulto. Trata-se de um doente internado para estudo de Síndrome febril de etiologia indeterminada, associado a poliartralgias e emagrecimento. Durante o internamento verificada persistência de febre diária e aparecimento de rash cor de salmão do dorso, queixas de odinofagia e derrame pleural bilateral de pequeno volume. Analiticamente apresentava leucocitose, elevação de velocidade de sedimentação (VS) e proteína C reativa (PCR), ferritina muito elevada e marcadores de citocolestase aumentados. Efetuados estudos no sentido de exclusão de infeção e neoplasia. Estudo imunológico negativo. Revendo os critérios de Yamaguchi, cuja sensibilidade e especificidade são superiores a 90%, foi assumido o diagnóstico de Doença de Still do adulto. Iniciou corticoterapia na dose 1 mg/kg, tendo-se verificado desaparecimento da febre, da odinofagia e do rash cutâneo. Posteriormente verificada descida da VS e PCR e normalização da ferritina e dos parâmetros de citocolestase. Este caso retrata a dificuldade no diagnóstico desta entidade. Aliado ao facto do doente apresentar uma idade em que esta patologia é pouco frequente, a exigência de exclusão de patologia infeciosa, auto-imune e neoplásica constituíram um desafio diagnóstico.

CO-04-03

UNDRESSING THE DRESS – UMA SÉRIE DE CASOS

André Rosa Alexandre, Luís Duarte Costa, João Sá
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL DA LUZ

OBJECTIVOS A Síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma rara reacção de hipersensibilidade induzida por fármacos. Os autores relatam a sua experiência com doentes internados por esta causa. MÉTODOS Estudo retrospectivo descritivo por revisão dos processos clínicos electrónicos dos internamentos por DRESS de 2010 a 2015. Foram caracterizadas como variáveis: epidemiologia; fármaco causal e relação temporal com o inicio da sua administração; sinais, sintomas e alterações analíticas à admissão; tipo e duração da terapêutica; e particularidades do internamento. RESULTADOS Estudaram-se 6 internamento por DRESS, havendo predomínio do sexo feminino (83%). A média de idades foi de 37 anos. Identificaram-se como fármacos responsáveis: 2 aminossalicilatos (mesalazina

e sulfassalazina), 2 antibióticos (minociclina e cotrimoxazole), 1 antiepilético (lamotrigina) e 1 anticoagulante (enoxaparina). Do inicio da toma à apresentação do quadro decorreram em média 23 dias. As manifestações mais frequentes foram: febre e exantema pruriginoso (100%), edema facial (67%) e adenopatias (50%). Todos os doentes tinham eosinofilia periférica (valor absoluto médio de 1300/µL)
e lesão hepática, havendo lesão renal aguda em 2 (33%). Não houve registos de envolvimento pulmonar, cardíaco, muscular ou pancreático. Foi identificada uma infecção aguda por vírus de Epstein-Barr. Das 4 biópsias cutâneas realizadas, todas confirmaram a toxidermia. A prednisolona oral (40-60 mg/dia) foi usada em 83% dos doentes, sendo o restante caso tratado com mometasona tópica. A duração média da terapêutica sistémica em dose máxima foi de 7 semanas. Todos os doentes tiveram alta após internamentos de 13,5 dias, em média. CONCLUSÃO O Internista deve conhecer os principais fármacos associado ao DRESS pelo seu potencial de letalidade, implicando este diagnóstico uma elevada suspeição clínica. Destacamos nesta série o 2º caso reportado na literatura de DRESS induzido pela enoxaparina.

CO-04-04

SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO: UM CASO DE DOENÇA DE KIKUCHI

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução:O síndrome febril indeterminado caracteriza-se por febre superior a 38.3ºC, 3 semanas de evolução de doença (D) e ausência de diagnóstico após 1 semana de estudo em internamento. Está associado sobretudo a infeções, neoplasias e doenças inflamatórias. Caso Clínico: Homem, 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial e carcinoma da próstata diagnosticada e tratada em 2006. Astenia com 3 semanas de evolução, mialgias, artralgias, febre e desequilíbrio. Pálido, hipotenso. Analiticamente ligeira trombocitopenia, lesão renal aguda e PCR elevada. TC crâneo-encefálico sem alterações e punção lombar sem meningite. Ecografia renal com múltiplos quistos bilaterais, um com fina septação; TC toraco-abdominal revela derrame pericárdico e pleural laminar, adenopatias mediastínicas milimétricas e aumento da densidade de quisto renal. Ponderada hipótese de quisto renal infetado, iniciou ceftriaxone, sem resposta. Exames microbiológicos negativos. Perante febre persistente, sopro cardíaco de novo, parâmetros inflamatórios aumentados e anemia grave, realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico que excluíram endocardite. Estudo imunológico positivo para anticorpos anti-nucleares, anti-SSa e anti-SSb. Ao 23º dia, aparecimento súbito de adenopatias cervicais direitas, que fazem suspeitar de D linfoproliferativa. Realiza exérese ganglionar cuja histologia é compatível com D de kikuchi-fujimoto (KF) (31º dia). Inicia corticoterapia. Apirético desde então, com melhoria sintomática e recuperação da anemia. Mantém seguimento em consulta externa. Conclusão: A D de KF ou linfadenite histiocítica necrosante é uma entidade rara, benigna e de etiologia desconhecida. A apresentação característica engloba adenopatias e febre. Sendo auto-limitada, o tratamento é essencialmente de suporte, reservando-se a corticoterapia para casos graves. Salienta-se neste caso a ausência de adenopatias nas primeiras semanas de D e a evolução menos habitual com anemia grave que atingiu 7,5 g/dl.

CO-04-05

NEUROPATIA VASCULÍTICA NÃO SISTÉMICA IDIOPÁTICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO COM CONSEQUÊNCIAS DEBILITANTES

Miriam Cimbron, Paula Macedo, Leandro Valdemar, Rui Mota, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A neuropatia vasculítica resulta da inflamação dos vasa nervorum através da deposição de imunocomplexos ou ativação de mecanismos de imunidade celular, originando isquemia crítica dos nervos periféricos com consequências graves e por vezes irreversíveis. Caso Clínico: Mulher de 61 anos. Previamente saudável. Internada para estudo de quadro com 3 meses de evolução e agravamento progressivo de mialgias e diminuição da força muscular inicialmente das zonas distais dos membros inferiores e superiores e posteriormente da totalidade dos mesmos, emagrecimento e picos febris (38,4-39ºC) intermitentes. Sem alterações cutâneas, articulares, geniturinárias, gastrointestinais ou respiratórias. Durante o internamento com agravamento da dor e dormência dos membros inferiores ficando acamada e com pés pendentes. Foram excluídas doenças neoplásicas e infeciosas. De positivo salienta-se ANCA-MPO positivo (1:166), velocidade de sedimentação de 84mm/h, anticorpo antinuclear positivo, fator reumatóide elevado e crioglobulinas IgG e IgA positivas com IgM negativa. Realizou eletromiografia dos membros inferiores que revelou polineuropatia sensitivo-motora mista (axonal e desmielinizante) simétrica e aguda e realizou biópsia de músculo, nervo e pele que foi compatível com neuropatia axonal grave de provável etiologia vasculítica. Iniciou metilprednisolona 1g/dia durante 3dias e após prednisolona 1mg/Kg/dia e pulsos de ciclofosfamida apresentando resolução das mialgias, da febre e melhoria neurológica embora mantenha paraparésia dos membros inferiores grau IV e parésia grau II da mão esquerda com necessidade de fisioterapia diária. Mantém seguimento regular em consulta de Medicina Interna e reabilitação física por neuropatia vasculítica periférica idiopática. Conclusão: salienta-se a dificuldade diagnóstica da neuropatia vasculítica, o curso por vezes insidioso e as sequelas devastadoras e irreversíveis que pode originar, sendo fulcral um diagnóstico e tratamento precoces.

CO-04-06

UM CASO DE LESÃO RENAL AGUDA

Joana Rodrigues dos Santos, Priscila Nejo, Filipe Ramos, Marta Pereira, Cristina Outerelo, Alice Fortes, Joana Tavares, Dolores López-Presa, Anabela Oliveira
HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1C

A Poliangeíte Microscópica (MPA) e a Granulomatose com Poliangeíte (GPA) são vasculites sistémicas também designadas vasculites ANCA C positivas que afectam predominantemente os pequenos vasos. Doentes com MPA ou GPA podem apresentar envolvimento do tracto respiratório e envolvimento renal. Caso clínico: Doente do sexo feminino, 56 anos. Recorreu ao serviço de urgência por diarreia, náuseas e vómitos, oligúria e prostração, com 3 dias de evolução. À observação: descorada e desidratada. Analiticamente: anemia normocítica, normocrómica (Hb 8.6 g/dL), hipercaliémia (K 6.9) e lesão renal aguda (LRA) (Cr 9.9 mg/dL, U 83 mg/dl). Foi admitida por LRA AKIN III por provável depleção de volémia; iniciou hidratação sem resposta, acabando por iniciar hemodiálise. No sexto dia de internamento apresentou agravamento do quadro clínico, com hemoptises, insuficiência respiratória e diminuição do valor de hemoglobina. Procedeu-se a entubação oro-traqueal e ventilação mecânica; realizou broncofibroscopia que revelou hemorragia alveolar difusa.No estudo imunológico, detectaram-se anticorpos c ANCA positivos (anti PR3) de 2744,3UQ, admitindo-se neste contexto a hipótese diagnóstica de vasculite ANCA positiva com síndrome pulmão-rim. Iniciou protocolo de indução de remissão da doença, com plasmaferese, ciclofosfamida, e metilprednisolona. Teve uma evolução clínica favorável, com extubação ao nono dia de internamento e suspensão da hemodiálise ao vigésimo dia de internamento; foram excluídas lesões do trato respiratório superior. A biópsia renal evidenciou glomerulonefrite crescêntica com envolvimento de múltiplos glomérulos. Na história pregressa havia a registar um quadro de artralgias dos membros com alguns meses de evolução e queixas de anemia sintomática. Conclusão: admitimos estar perante um quadro mais provável de MPA, sendo ainda precoce prever a evolução a curto prazo no que toca à recuperação total da função renal, dado o envolvimento extenso observado na biópsia renal.

SÁBADO - 28 - 08H00	CAPELA
MODERADORES:	ANA RITA CRUZ JOANA SIMÕES

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

CO-05-01

VASCULITE AUTOIMUNE – DA DIVERSIDADE CLÍNICA AO DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Valada Marques, Joana Carneiro, Ana Filipa Rodrigues, Tânia Gaspar, Joana Louro, Isabel Maldonado
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - CALDAS DA RAINHA

Mulher, 62 anos, que recorre à urgência por disartria, diminuição da força dos membros inferiores, mão esquerda pendente e hipoestesia com 2 semanas de evolução. Antecedentes pessoais de fibromialgia. Ao exame objetivo: disartria, parésia do membro superior esquerdo e membros inferiores, mão esquerda pendente, arreflexia generalizada. Analiticamente: anemia, leucocitose com neutrofilia e eosinofilia, proteína C reativa 17.5mg/dl, velocidade sedimentação 120mm/1ªh, D-dímeros 1271mg/dl, creatinina 3.20mg/dl, ureia 119mg/dl, hematúria, proteinuria 0,653 g/24h. Líquido cefalorraquideo sem alterações. Fator reumatoide, pANCA (anticorpo anticitoplasmático neutrófilos – padrão perinuclear), cANCA (padrão citoplasmático), crioglobulinas positivos. Ecografia renal compatível com doença renal cronica. AngioTAC (tomografia axial computorizada) torácica excluiu tromboembolismo pulmonar, derrame pleural bilateral, 2 micronódulos. Ecocardiograma: hipertensão pulmonar (HTP) e cavidades direitas dilatadas. TAC cranioencefálica sem lesões agudas. Eletromiografia dos membros: polineuropatia axonal aguda sensitivo-motora dos membros inferiores e lesão do nervo radial esquerdo sensitivo-motora grave. A biopsia de nervo mostrou degenerescência walleriana maciça das fibras e vasculite dos pequenos vasos do epinervo. Biopsia renal compatível com vasculite associada a ANCA (reação granulomatosa focal, células gigantes). Iniciou pulsos de metilprednisolona com melhoria clínica e laboratorial. Teve alta com o diagnóstico de Vasculite associada a ANCA-Granulomatose com Poliangeite - 3 critérios ACR (American College of Rheumatology) em 4, com envolvimento renal, do sistema nervoso periférico (polineuropatia sensitivo motora distal) e pulmonar (HTP moderada). CONCLUSÃO: Este caso traduz o envolvimento multissistémico, com exuberante diversidade clínica, de uma única entidade autoimune rara e cujo diagnóstico foi um verdadeiro desafio.

CO-05-02

PARA ALÉM DO AVC

Raquel Silva, João Tiago Serra, Fernanda Paixão Duarte, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.

A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é uma condição rara, caraterizada pela formação de coágulos nos vasos sanguíneos, resultando em contagens plaquetárias baixas. A sua apresentação clínica, na forma clássica, consiste em anemia hemolítica microangiopática, púrpura trombocitopénica, manifestações neurológicas, febre e alterações da função renal. Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e portador de pacemaker definitivo. Inicia quadro de instalação súbita de disartria, nistagmo rotatório e diminuição da força muscular no membro superior direito. As análises revelaram anemia (7.1gr/dL), normocítica e normocrómica, trombocitopenia (11.000) e esquizócitos na morfologia de sangue periférico. A TC de crânio não revelou alterações. Admitiu-se AVC vertebro-basilar. Houve agravamento clínico progressivo, com anemia hemolítica (Hb: 5.8gr/dL, LDH 1135, bilirrubina total 2.30mg/dL), trombocitopenia (10.000) e alterações da coagulação (INR 1.4, d-dímeros 30860ug/dL e fibrinogénio 4.4gr/dL). A função renal não tinha alterações. Perante estes dados, foi feito o diagnóstico de PTT. O doente foi transferido para UCI para realização de plasmaferese. Houve necessidade de entubação orotraqueal por flutuação do estado de consciência, com melhoria e extubação após a 3ª sessão de plasmaferese. Foi transferido para a enfermaria com resolução completa da sintomatologia neurológica, com franca melhoria da bicitopenia (Hb: 7.4gr/dL, Plaquetas: 58.000). Iniciou corticoterapia com prednisolona na dose de 1mg/Kg/dia, com desmame progressivo. À data de alta, com recuperação de ambas séries – Hb: 12.2 gr/dL e Plaquetas: 302.000. A PTT, não tratada, apresenta uma mortalidade de 90%. Deve estar presente no diagnóstico diferencial já que o início precoce de plasmaferése reduz significativamente esta taxa. Dado que a etiologia é na maioria dos casos autoimune, novos tratamentos imunossupressores podem ser efectivos na remissão da doença.

CO-05-03

ARTERITE DE TAKAYASU, UM CASO RARO NO IDOSO

João Fonseca, Flávio Costa, Ana Rita Nogueira, Sofia Brazão, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A arterite de Takayasu é uma forma rara de vasculite sistémica de grandes vasos, que envolve predominantemente a aorta e seus ramos principais. A sua etiologia é ainda desconhecida, sendo mais comum em mulheres jovens asiáticas. Caso clínico: Mulher de 69 anos, raça branca, referenciada à consulta de Medicina em Janeiro de 2011, por episódios recorrentes de desequilíbrio e acidente isquémico transitório do território da circulação anterior direita, com 2 meses de evolução. Referia cansaço fácil e claudicação, arrefecimento e parestesias dos membros superiores. Os antecedentes eram irrelevantes. Ao exame físico salientava-se o facto da tensão arterial ser imensurável nos membros superiores; a auscultação cardíaca era rítmica sem sopros; era audível um sopro ao nível de ambas as carótidas; e os pulsos umerais e radiais estavam ausentes. Perante a suspeita de síndrome do roubo da subclávia realizou ecodoppler, que confirmou estenose da artéria subclávia esquerda. Posteriormente fez angio TC cervico-toraco-abdominal (espessamento parietal circunferencial, regular, das artérias carótida, subclávias e aorta torácica) e angiografia da crossa da aorta e selectiva dos seus ramos (artéria subclávia direita multi-estenótica pré-oclusiva segmentar marcada; estenose cerrada da subclávia esquerda com opacificação residual da vertebral homolateral, sem irrigação intracraniana; marcada circulação colateral bilateral). Dos exames analíticos salientava-se moderada elevação da velocidade de sedimentação e proteína C reactiva. Firmado o diagnóstico de arterite de Takayasu (estádio IIb), a doente iniciou corticoterapia, que mantém até aos dias de hoje. Em 2015, realizou PET (FDG18) sem evidência de actividade de doença. Conclusão: Embora extremamente incomum, existem alguns casos relatados de apresentação tardia de arterite de Takayasu em doentes idosos.

CO-05-04

SARCOIDOSE, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Isabel Taveira, Pedro Verão, Cláudia Vicente
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO - MEDICINA INTERNA

Introdução: A sintomatologia constitucional é motivo relativamente comum de consulta e pode tornar-se, por si só, um desafio diagnóstico. A Sarcoidose é uma doença multissistémica granulomatosa de origem desconhecida, apresentado-se em 90% dos casos com alterações na Radiografia de Tórax. Caso Clínico: Homem, 56 anos, autónomo, com antecedentes de HTA, DM Tipo 2 não insulinotratada, Hipertrigliceridémia e Hábitos Tabágicos (40UMA) e Etanólicos (65g/dia) activos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cerca de 4 dias de evolução caracterizado por mau estar inespecífico, prurido generalizado e diaforese nocturna. À Observação, destacava-se apenas esplenomegalia palpável. Laboratorialmente,Pancitopenia (2100 Leucócitos; Hb 9,9g/dL e 77000 Plaquetas) e LDH elevada (1001 UI/l).Realizou TC abdominal evidenciando marcada esplenomegalia e hepatomegalia homogénea associadas a dilatação das veias porta e esplénica, com permeabilidade conservada, realçando-se também a presença de gânglios retroperitoneais. Colocando-se como hipótese diagnóstica Síndrome Linfoproliferativo, prosseguiu-se com um exaustivo estudo através do qual se excluiu essa

suspeita, assim como outras etiologias (hematológicas, reumatológicas). Neste contexto, realizou RMN AbdominoPélvica objectivando-se formações milimétricas no parênquima
esplénico, sugerindo diagnóstico provável de Sarcoidose. A Citopatologia (Videobroncoscopia) confirmou intenso fundo inflamatório, com características compatíveis com Sarcoidose Pulmonar. Conclusão: O diagnóstico de Sarcoidose é desafiante, não só pela sua baixa incidência e prevalência, como também pela variabilidade de manifestações clínicas devida ao seu envolvimento sistémico.O presente caso demonstra uma das apresentações atípicas sob a forma de Sarcoidose Esplénica, uma manifestação extratorácica comummente assintomática. Destaca-se também a ausência de sintomatologia respiratória, apesar do envolvimento pulmonar que permitiu o diagnóstico.

CO-05-05

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE ANTI-C3B COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA

Miguel Silva, Margarida Oliveira, Manuela Mendes, Teresina Amaro, Mrinalini Honavar, Eduardo Eiras, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Uma mulher de 38 anos inicia queixas de dor epigástrica intermitente, sensação de enfartamento, pirose e gosto amargo na boca cerca de 1 mês antes. Estes sintomas acompanharam-se passado 2 semanas por astenia, palidez cutânea e aumento da frequência do transito intestinal, assim como uma sensação de ardência oral e genvivite. É referenciada ao nosso hospital pelo seu médico de família que lhe descobre uma anemia grave com hemoglobina de 5.7 g/dL, macrocítica com volume globular de 118 fL. À excepção de uma queilite angular e uma língua com tonalidade avermelhada, não apresentava outros achados de relevo ao exame objetivo. Completou o estudo analítico e descobriu-se uma reticulocitose de 4.1%, RDW 21%, VS 29 mm/h, LDH de 3891 U/L, Bilirrubina total 2.1 mg/dL (direta de 0.6 mg/dL). A Haptoglobina era baixa <8.0 mg/dL e a Vitamina B12 era baixa com <83pg/dL. No esfregaço de sangue periférico observava-se um misto de anisocitose com macrocitose, esquizócitos e neutrófilos hipersegmentados. O coombs direto era fortemente positivo e a determinação de formas monoespecíficas era unicamente positiva para o recetor de complemento C3b. Do estudo autoimune destacava-se ANA positivos (1:160, padrão mosqueado) e anticorpos anti-células parietais positivo (com anti-fator intrínseco negativo). A realização de endoscopia alta com biópsia gástrica permitiu confirmar histologicamente um aspecto endoscópico já por si sugestivo de gastrite atrófica crónica. Três meses após o diagnóstico a doente apresenta-se assintomática, sem anemia ou macrocitose e com doseamento de vitamina B12 normal sob suplementação IM mensal. Este caso representa uma apresentação rara de anemia perniciosa que se apresenta com uma anemia hemólitica mediada por auto-anticorpos quando habitualmente o tipo de hemólise que se observa nesta patologia é intramedular por destruição de precursores megalobásticos.

CO-05-06

UMA APRESENTAÇÃO RARA DUMA DOENÇA RARA

Miguel Araújo, Victor Espadinha, Alexandra Faustino, Filipa Carvalho, Fernanda Louro
HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA, LISBOA

Febre de origem indeterminada é, na sua variante clássica, definida como febre mantida durante pelo menos 3 semanas sem causa identificável após observação hospitalar ou no mínimo em 3 consultas. Apesar das múltiplas etiologias conhecidas e variados métodos de investigação, em 10-50% dos casos, dependendo das séries, não se consegue detectar a causa. Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite rara, sistémica, com envolvimento de grandes vasos, idiopática, que afecta predominantemente a aorta e os seus ramos principais especialmente em raparigas jovens. Mulher caucasiana de 19 anos, sem antecedentes relevantes, internada para investigação de quadro com 3 semanas de cansaço, astenia, febre (38.5-39ºC) e perda ponderal (3-4kg), sem outra sintomatologia (nomeadamente musculoesquelética, cutânea, respiratória, cardiovascular, gastrintestinal ou genitourinária). Antes do internamento havia recorrido ao SU 3 vezes e a 2 consultas em instituições diferentes, tendo cumprido 3 ciclos de antibiótico sem melhoria. Ao exame objectivo destacavam-se apenas febre e um discreto sopro pansistólico mais audível na área tricúspide. Dos exames realizados (uro e hemoculturas, hemograma, provas de função hepática e renal, parâmetros inflamatórios, serologias para agentes infecciosos e doenças do tecido conjuntivo, ecocardiograma e TC) todos os resultados foram negativos com a excepção de aumento marcado da VS e PCR (96mm/h; 16.6mg/dL), anemia inflamatória (hb 9g/dL; ferritina 572ng/mL), e múltiplos marcadores serológicos para agentes infecciosos sugestivos de reacção cruzada (testes confirmatórios negativos, antibioterapia prévia e ausência de história compatível). Pela ausência de diagnóstico apesar dos estudos efectuados, fez-se 18FDG PET que revelou hipercaptação no arco aórtico sugestiva de AT, permitindo o seu diagnóstico em fase precoce (doente sem pulsos alterados). Iniciou Prednisolona oral 1mg/kg/dia com remissão da febre, parâmetros inflamatórios e sintomas após 48h de tratamento

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 | **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2**

MODERADORES: ANA RITA CRUZ, AVELINO FERREIRA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-06-01

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO INTEGRADO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA TAXA DE REINTERNAMENTO/ CUSTOS COM A SÍNDROME.

Maria João Baldo, Rui Morais, Patrícia Vicente, Filipa Marques, Inês Araújo, Susana Quintão, Catarina Bastos, Ana Ieitão, Luis Campos, Cândida Fonseca
HOSPITAL S. FRANCISCO XAVIER – UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, S. MEDICINA III E H. DIA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS , UNL.LISBOA

Objetivo:Avaliar a relação entre defeitos isquémicos na Cintigrafia de Perfusão do Miocárdio (CPM) de sobrecarga farmacológica com adenosina e a presença de estenoses coronárias em angiografia. Metodologia:Avaliação retrospetiva de uma população consecutiva de doentes submetidos sucessivamente a CPM com adenosina e a subsequente coronariografia. Os doentes foram selecionados pela apresentação de defeitos de perfusão na CPM. Na coronariografia foram valorizadas a presença de lesões estenóticas detetáveis (qualquer grau de estenose). Foi estabelecida uma correspondência entre as áreas de isquémia na CPM e as artérias coronárias com obstrução na coronariografia. Foram estudadas a existência de associações entre os fatores clínico-epidemiológicos e os resultados da CPM e da coronariografia; e, quais os fatores que influenciam no aparecimento de falsos positivos - FP (defeito na CPM e coronariografia normal). Para verificar as associações, foram realizados os testes de qui-quadrado e de Fisher; p significativo se <0,05 (5%). Resultados:Foram incluídos 145 pacientes neste estudo, 107 do sexo masculino e 38 do sexo feminino, com idades entre 33-86, média de idades de 63 anos. 45 têm coronariografia normal, dos restantes: 80 apresentam doença severa (pelo menos uma estenose >50%) e 20 apresentam doença ligeira (estenoses <50%). A sensibilidade da CPM é de 69%. Os factores de risco mais prevalentes são a hipertensão arterial (n=93, 64%) e dislipidémia (n=89, 61%). Conclusão:Sexo masculino, ter DM, ser fumador ativo e ter tido eventos anteriores (EA) estão associados a uma maior ocorrência de doença arterial coronária. Para a ocorrência de FP na CPM, foram associadas a ausência de defeitos da Parede Lateral e a ausência de EA (EAM, AVC). Ser do sexo masculino e ter defeito na Parede Posterior e Inferior estão associados à ocorrência de Verdadeiros positivos. Palavras chave Cintigrafia de Perfusão do Miocárdio; SPECT; Coronariografia; Cateterismo; Angiografia; Adenosina

CO-06-02

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA CONSULTA ESPECIALIZADA

Maria João Baldo, Patrícia Vicente, Rui Morais, Inês Araújo, Filipa Marques, Susana Quintão, Juliana Campos, Ana Leitão, Luis Campos, Cândida Fonseca
FRANCISCO XAVIER – UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, S. MEDICINA III E H. DIA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS , UNL.LISBOA

Introdução: O doente (dt) com Insuficiência Cardíaca (IC) mantém elevada taxa de morbi-mortalidade, sendo mandatória a referenciação a programa multidisciplinar de manejo integrado da síndrome (PMIC). Objectivos: Caracterização dos dts com IC envolvidos num PMIC. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, durante 3 meses, de dts consecutivos, seguidos em consulta especializada. Resultados: 124 doentes, 61 % do sexo masculino, 39 % do sexo feminino,idade média 74 anos. NYHA Classe I:6 %; II:74%,III: 17 %; IV: 3 % . Tinham Fração de Ejeção preservada (HF-PEF) 49 % e deprimida (HF-REF) 51%. Na HF-PEF, predomínio mulheres (56%), média 77 anos. 67 % NYHA II. Na HF-REF predomínio homens (74%), média 73 anos. 78 % NYHA II. Principais etiologias: Doença(D) coronária (DAC) 43 %, hipertensiva 38%. Principais comorbilidades: fibrilhação auricular 51 %, DAC 46%, dislipidemia 46%, hipertensão arterial 44 %, diabetes mellitus 44 %, anemia 39%, D respiratória 26 %, D renal e obesidade 25 %, D. Neoplásica 24%, D. valvular 16%, síndrome depressiva 13,7 %.Síndrome cardio-renal (SCR): 20 %. Por DAC: 27 % necessitaram CABG, 33 % PTCA. Implantados dispositivos em 19 % (CDI: 3 (2%), CRT-D: 3 (2%), CRT-P: 1 (1%), PMD:3 (2%), PMD DDDR:2 (2 %), PMD VVIR:3 (2%). Por D. valvular 6% submetidos a cirurgia. 51 % estão anticoagulados (66% varfarina, 34 %NOACs). 88 % seguidos na consulta de hipocoagulação. Após consulta foram encaminhados: 93 % domicilio, 5 % Hospital de dia IC, 2 % internados. No período do estudo 27 % dts HF-REF estavam a titular fármacos para optimização terapêutica. Conclusão: HF-PEF e HF-REF estão em % semelhante no PMIC. Pelas múltiplas comorbilidades e necessidade de recursos diferenciados, o manejo do dte com IC deve envolver uma equipa multidisciplinar, com formação específica, estrutura que já demonstrou mais-valia em estudos aleatorizados

CO-06-03

RELAÇÃO ENTRE A DETEÇÃO ISQUÉMICA NA CINTIGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA E A PRESENÇA DE ESTENOSE CORONÁRIA

Camila Pereira, Luís Bronze, Pedro Quaresma, Paula Colarinha, Ana Aleixo
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS, SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR; EM PARCERIA COM A UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR.

Objetivo: Avaliar a relação entre defeitos isquémicos na Cintigrafia de Perfusão do Miocárdio (CPM) de sobrecarga farmacológica com adenosina e a presença de estenoses coronárias em angiografia. Metodologia:Avaliação retrospetiva de uma população consecutiva de doentes submetidos sucessivamente a CPM com adenosina e a subsequente coronariografia. Os doentes foram selecionados pela apresentação de defeitos de perfusão na CPM. Na coronariografia foram valorizadas a presença de lesões estenóticas detetáveis (qualquer grau de estenose). Foi estabelecida uma correspondência entre as áreas de isquémia na CPM e as artérias coronárias com obstrução na coronariografia. Foram estudadas a existência de associações entre os fatores clínico-epidemiológicos e os resultados da CPM e da coronariografia; e, quais os fatores que influenciam no aparecimento de falsos positivos - FP (defeito na CPM e coronariografia normal). Para verificar as associações, foram realizados os testes de qui-quadrado e de Fisher; p significativo se <0,05 (5%). Resultados:Foram incluídos 145 pacientes neste estudo, 107 do sexo masculino e 38 do sexo feminino, com idades entre 33-86, média de idades de 63 anos. 45 têm coronariografia normal, dos restantes: 80 apresentam doença severa (pelo menos uma estenose >50%) e 20 apresentam doença ligeira (estenoses <50%). A sensibilidade da CPM é de 69%. Os factores de risco mais prevalentes são a hipertensão arterial (n=93, 64%) e dislipidémia (n=89, 61%). Conclusão:Sexo masculino, ter DM, ser fumador ativo e ter tido eventos anteriores (EA) estão associados a uma maior ocorrência de doença arterial coronária. Para a ocorrência de FP na CPM, foram associadas a ausência de defeitos da Parede Lateral e a ausência de EA (EAM, AVC). Ser do sexo masculino e ter defeito na Parede Posterior e Inferior estão associados à ocorrência de Verdadeiros positivos. Palavras chave Cintigrafia de Perfusão do Miocárdio; SPECT; Coronariografia; Cateterismo; Angiografia; Adenosina

CO-06-04

ENDOCARDITE INFECIOSA – RETRATO DE UMA DOENÇA EM MUDANÇA.

Daniel Seabra, Leonor Marques, Henrique Guedes, Rui Pontes dos Santos, Adriana Pereira, Alexandra Castro, João Azevedo, Paula Pinto
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Introdução: Classicamente, a endocardite infeciosa (EI) afeta o adulto jovem, com valvulopatia reumática, predominando o isolamento de Streptococcus spp. Novos fatores predisponentes emergiram aliados a uma crescente resistência antimicrobiana modificando o perfil clínico-epidemiológico. Não obstante, a EI mantém elevada morbi-mortalidade. Objetivo: Avaliação demográfica e clínica da EI em um centro hospitalar. Métodos: Estudo retrospetivo baseado numa amostra de doentes internados com o diagnóstico (definitivo e/ou possível) de EI, segundo os critérios de Duke modificados, entre 1 de Janeiro de 2002 a 1 de Julho de 2015. Analisadas características demográficas e clínicas. Resultados: Avaliados 117 doentes, com idade média 64.9 ± 13.99 anos e predomínio do sexo feminino. Verificou-se envolvimento da válvula aórtica em 43.6%. A IC aguda manifestou-se em 29.1%, sendo que 35 doentes desenvolveram eventos embólicos. A insuficiência valvular correlacionou-se positivamente com a presença de vegetações de maiores dimensões (p 0.025). O grupo Staphylococcus spp foi isolado em 29.9% (Staphylococcus aureus em 24.8%), enquanto que o grupo Streptococcus spp totalizou 26,5%; não foi isolado nenhum microrganismo em 31 doentes. O diagnóstico definitivo de EI foi significativamente menos frequente nos doentes com mais de 65 anos (p 0.008). Foram intervencionados, cirurgicamente, 31 doentes. Existe correlação positiva entre a terapêutica cirúrgica e a presença de IC (p<0.001) e um menor número de doentes intervencionados com idade avançada (p<0.001). A mortalidade cifrou-se em 30.8% aos 3 meses; a IC e a idade foram os fatores de prognóstico com maior impacto (p<0.05) a 3, 6, 12 e 24 meses. Conclusões: O perfil clínico da EI tem vindo a alterar-se, com atingimento de faixas etárias avançadas e com valvulopatia degenerativa; o grupo Staphylococcus spp assume uma relevância crescente. A idade e a IC são fatores preponderantes quer na estratégia terapêutica quer no prognóstico.

CO-06-05

ANTITHROMBOTIC STRATEGY FOR STROKE PREVENTION IN ELDERLY PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION – IS ANTIAGGREGATION A GOOD CHOICE?

Madalena Coutinho Cruz, Rita Ilhão Moreira, Isabel Luiz, Mário Rodrigues, João Azeredo Costa, Vera Salvado, Joana Rodrigues, Anabela Nunes, Luís Dias, Júlio Almeida
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

Introduction: Anticoagulation (AC) has proved beneficial in reducing stroke risk in atrial fibrillation (AF), but is still underused in elderly patients (pts) who are perceived as having an unfavourable risk/benefit ratio. We sought to assess the efficacy and risk of antithrombotic strategies in these pts. Methods: Retrospective analysis of consecutive pts ≥ 65 years with AF admitted to an internal medicine department in 2014. Antithrombotic strategies at discharge were compared: AC, antiaggregation (AA) or none (N). Independent predictors for each strategy were defined by regression analysis. Adverse events (E) during follow-up (FU) were registered. Results: Of 155 pts (45.2% male; 81.1±7.4 years; FU 29.5±19.3 months; CHA2DS2VASc 5.5±1.6, all ≥ 2; HAS-BLED 2.4±1.0, 43.9% ≥ 3), 41.9% were discharged on AC and 49.0% on AA. AC pts were younger, with higher functional status, lower HAS-BLED and less history of bleeding when compared to AA pts. CHA2DS2VASc was similar. AA

pts had higher CHA2DS2VASc and HAS-BLED when compared to N pts. The independent predictors for prescribing AC instead of AA were functional status (HR 5.7 95% CI 2.9-15.7 p 0.001), history of bleeding (HR 0.3 95% CI 0.1-0.7 p 0.005) and age (HR 0.9 95% CI 0.8-1.0 p<0.001). CHA2DS2VASc was the only independent predictor for prescribing AA instead of N (HR 1.7 95% CI 1.2-2.6 p 0.007). The composite endpoint of all-cause mortality, stroke or major bleeding was less frequent in AC when compared to AA (20.0% vs 38.7% p 0.016), while there was a tendency for more E in AA
compared to N (40.04% vs 14.3% p 0.059). Kaplan-Meier curves reproduced this result (log-rank p 0.004 and 0.072, respectively). Conclusion: The decision to prescribe AC in elderly pts with AF was mainly based on functional status, risk of bleeding and age, not on embolic risk as recommended. However, pts benefited from AC by having less E, while AA didn't confer protection against bleeding and showed a tendency for increased E compared to N.

CO-06-06

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FUNÇÃO SISTÓLICA PRESERVADA VERSUS REDUZIDA: DUAS FACES DE UMA MESMA MOEDA?

Joana Ribeiro, Rogério Teixeira, Marta Madeira, Inês Almeida, Cátia Pereira, João Rua, Rafael Silva, Joana Cascais Costa, Adriano Rodrigues, Lino Gonçalves
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HOSPITAL GERAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma das causas mais frequentes de admissão hospitalar. O prognóstico dos dois fenótipos, a IC com função sistólica preservada (ICFSP) e com função sistólica reduzida (ICFSR) permanece no entanto controverso. Objetivo: Comparação do prognóstico intra-hospitalar e a longo prazo entre os dois fenótipos de IC Métodos: Foram analisados os doentes admitidos no Serviço de Cardiologia de um único centro (enfermaria e unidade de cuidados intensivos coronários) por descompensação de IC. Foram criados dois grupos: Grupo A (N=34): ICFSP e Grupo B (N=216): ICFSR. Resultados: Os doentes com ICFSP apresentaram uma idade superior (78±9 vs 67±14, P< 0,01)e um predomínio do género feminino (67,6 vs 18,7% P< 0,01) . A duração do internamento foi inferior para os doentes com ICFSP (8±8 vs 13±11 dias, P=0.02). A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi semelhante para ambos os grupos (14,7 vs 15,4%, P=0.92).No seguimento a 2 anos, a sobrevida foi superior para o grupo A. No entanto houve uma tendência para uma maior taxa de readmissão por IC descompensada para os doentes do grupo A (63,0% vs 47,3%, P=0,15). Conclusão: Os doentes com ICFSP, em comparação com o grupo de ICFSR, apresentaram uma melhor sobrevida após uma admissão por IC, embora se registe para esse grupo uma tendência para um maior taxa de readmissão hospitalar no seguimento.

QUINTA-FEIRA - 26 - 19H30 **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2**

MODERADORES: **CRISTINA TEIXEIRA PINTO**
MANUEL FERREIRA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-07-01

DIFFERENTIATING FACTORS BETWEEN AORTIC AND MITRAL VALVE INFECTIVE ENDOCARDITIS

Rita Ilhão Moreira, Madalena Coutinho Cruz, Luísa Moura Branco, Ana Galrinho, Luís Coutinho Miranda, Ana Teresa Timóteo, João Abreu, Sofia Furtado, Luis Almeida Morais, Inês Rodrigues, Fernanda Varela, José Fragata, Rui Cruz Ferreira
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - MEDICINA 1.2

Introduction: Left-sided infective endocarditis (IE) is more common and usually related to worse prognosis. We sought to compare aortic IE (AIE) and mitral IE (MIE). Methods: Retrospective study including patients (pts) diagnosed with IE who underwent transoesophageal echocardiogram in a tertiary hospital centre from 2006 to 2014. Results: 206 pts presented left-sided IE (68.4% male, mean age 63.65 ± 15.11 years old, mean follow up 28.92 ± 31.45 months), from whom 55.8% had AIE. Staphylococcus spp. was the microorganism more frequently isolated (27.4%). The clinical course was complicated in 71.8% of pts and heart failure and the most common complication (39.5%). 37.7% pts underwent surgical treatment. PVE accounted for 42.2% of all cases (49.4% early and 47.3% biological), from which 59.3% were in aortic position. In-hospital mortality was 16.9% and long-term mortality of survivors was 18.4%. Comparing AIE and MIE, there were no differences in demographics and comorbidities, excepting, in AIE, higher frequency of arterial hypertension (61.7% vs 41.2%; p=0.005) and coronary disease (22.6% vs 4.7%; p<0,001). AIE was more often complicated by perivalvular extension (38.4% vs 16.7%; p=0.002), while cerebral emboli were most often associated with MIE (35.3% vs 18.3%; p 0.014). AIE required surgical treatment more frequently (43.0% vs 30.0%; p=0.057). Evaluating only prosthetic valve endocarditis (PVE), aortic valve was affected earlier (61.7% vs 32.4%; p=0.009), was more associated with biological prostheses (68.5% vs 16.2%; p<0,001) and had less periprosthetic leakage (16.7% vs 40.5%; p=0.011). There were no differences in in-hospital and long-term mortality on the different analysis. Conclusion: In the studied group, complication rate of IE was high. AIE was associated with more perivalvular extension and required surgical treatment more often. MIE was complicated more frequently by cerebral emboli, although there were no differences in short and long-term mortality.

CO-07-02

ENDOCARDITE – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Joana Cardoso, Ana Branco, Ana Patrícia Gomes, Bruno Rodrigues, Ana Sofia Teixeira, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E.,

Introdução: A endocardite é uma infeção da superfície endocárdica que envolve habitualmente uma ou mais válvulas cardíacas, ou um dispositivo intracardíaco. É uma patologia rara, com apresentação clínica muito variável, sendo necessário efetuar estudo bacteriológico e ecocardiográfico complementar para o seu diagnóstico. Objetivo: Avaliar o perfil dos doentes internados no nosso hospital entre 2005 e 2014 com diagnóstico de endocardite, caraterizando os fatores predisponentes, as válvulas envolvidas, a condição clínica e analítica na admissão, a antibioterapia instituída, o agente identificado, bem como as complicações ocorridas durante o internamento. Metodologia: Estudo retrospetivo transversal, descritivo e inferencial. Foram consultados os processos clínicos dos doentes com diagnóstico principal de endocardite, internados entre 2005 e 2014. Resultados: Durante os 10 anos de estudo foram identificados 20 doentes, 90% do género masculino, com uma média de idades de 63,3 anos. A válvula nativa aórtica foi a válvula envolvida com maior frequência (45%), sendo que na maioria dos casos apenas uma válvula estava comprometida. A febre prolongada, a elevação dos parâmetros inflamatórios e a anemia normocítica normocrómica foram as manifestações mais frequentemente encontradas. O Staphylococcus aureus meticilino-sensível foi o agente mais identificado nas hemoculturas (50%). A antibioterapia empírica com gentamicina e vancomicina foi administrada, em média, durante 25,69 dias. A complicação cardíaca mais frequente foi a insuficiência miocárdica (65%) e a não cardíaca foi o agravamento da função renal (50%). A maioria dos doentes foram encaminhados para cirurgia cardíaca (68,4%) e a mortalidade intra-hospitalar foi de 15% (n=3). Conclusão: O risco de prognóstico pobre a curto e longo prazo confere à endocardite a pertinência de um diagnóstico atempado seguido da instituição de terapêutica adequada.

CO-07-03

TROMBOEMBOLIA PULMONAR: ANÁLISE DE FACTORES DE RISCO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

Cátia Barreiros, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
SERVIÇO DE MEDICINA 1, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO

Introdução: Existem inúmeros factores de risco para a ocorrência de tromboembolismo pulmonar (TEP), a maior parte prevenível com profilaxia adequada. Objectivos: Avaliar os factores de risco nos doentes com TEP internados num serviço de medicina interna. Material e métodos: Foram

consultados os processos dos doentes com diagnóstico de TEP entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015, sendo um estudo observacional e retrospectivo. Foi efectuada uma análise descritivo-correlacional, usando o programa SPSS, 19.0. Resultados: Foram identificados211 casos de TEP. Os doentes tinham em média 69.9 anos, dos quais 93.4% com mais de 40 anos. 74.4% eram do sexo feminino. Em 37.4% dos casos foi também documentada trombose venosa dos membros inferiores. Os factores de risco major estão presentes em 24.2% dos doentes, com predomínio do tromboembolismo venoso prévio (14.2%) e fractura dos membros (6.2%). Em 50% dos doentes está presente pelo menos um factor de risco moderado, com destaque para processo infeccioso, neoplasia activa (14.7% cada) e insuficiência (ins) cardíaca ou ins respiratória crónica (14.2%). 7,1% estavam medicados com contraceptivos hormonais orais e 4.3% em quimioterapia. Dos factores de risco ligeiros, salientam-se a HTA (51.7%), as veias varicosas (19.9%), a obesidade (19.4%), a imobilização recente (16.7%) e a DM2 (15.2%). Em relação à profilaxia, dos 13 doentes com fractura dos membros 38.5% fizeram profilaxia com enoxaparina ($p<0.05$) (TEP depois de terem finalizado a profilaxia); dos 31 doentes com neoplasia activa apenas 2 (6.5%) estavam sob enoxaparina profilática, ($p=0.09$) e dos 35 doentes com imobilização recente (inclui alguns doentes dos grupos prévios) 22.9% tinha profilaxia com enoxaparina ($p<0.05$). Nenhum estava hipocoagulado em regime terapêutico. Conclusão: Os factores de risco estão presentes num número significativo de doentes com TEP. De salientar o baixo número com fraturas dos membros ou neoplasia que fazem profilaxia de tromboembolismo venoso

CO-07-04

TROMBOEMBOLIA PULMONAR: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

Cátia Barreiros, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
SERVIÇO DE MEDICINA 1, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia com apresentação variável e por vezes com mau prognóstico. Objectivos: Analisar e caracterizar os doentes admitidos por TEP num serviço de medicina interna. Material e métodos: Foram consultados os processos dos doentes com diagnóstico de TEP entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015, sendo um estudo observacional e retrospectivo. A análise estatística foi feita usando o programa SPSS, 19.0. Resultados: Foram analisados 211 doentes com TEP. Os doentes tinham em média 69.9 anos, dos quais 93.4% com mais de 40 anos. 74.4% eram do sexo feminino. Na sintomatologia há predomínio da dispneia (72.5%), lipotímia/síncope (29.9%) e dor torácica (29.4%). 16.6% dos doentes apresentavam choque ou hipotensão. A hipoxémia estava presente em 56.4% dos doentes e 47.4% tinham hipocapnia. O ECG apresentava alterações inespecíficas em 26,5%, taquicardia sinusal em 22.9% e em 22.7% era normal. O diagnóstico de TEP foi feito maioritariamente por angio-TC/TC Tórax (87.7%). Dos doentes que fizeram EcoTT, 35.7% apresentavam sinais de sobrecarga do VD, 32.7% tinham BNP elevado e 33.3% aumento da troponina. Usando o score sPESI simplificado, 71.6% dos doentes apresentavam mortalidade a 30 dias > a 10.9%. Quanto à classificação do TEP, 16.6% foram classificadas de alto risco, 55.5% de médio risco e 28% de baixo risco. 11.8% foram submetidos a fibrinólise. Na alta 91% saíram melhorados, 1.4% foi considerado mesmo estado e 7.1% faleceram. Dos que faleceram, 93.3% tinham sPESI com mortalidade a 30 dias >10,9% ($p > 0,05$). Dos indivíduos classificados como alto risco faleceram 11.4%, enquanto dos de baixo risco, apenas faleceram 1.7%. A média de internamento foi de 12 dias. 84.8% tiveram alta hipocoagulados com varfarina. Conclusão: A dispneia e a hipoxémia foram as principais manifestações. O score e a classificação são úteis para estabelecer a estratégia terapêutica e, embora sem significado estatístico, verificou-se relação com o prognóstico.

CO-07-05

MITRACLIP E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIREITA

Catarina Cardoso, Teresa Garcia, Patrícia Cachado, Sara Castelo Branco, Catarina Pires, Karin Luz, Afonso Rodrigues, Tiago Pack, Duarte Cacela, Luísa Branco
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL SANTA MARTA; UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA

A Insuficiência cardíaca direita apresenta um espectro de sintomas abdominais sobreponíveis a outras patologias. MitraClip surge actualmente como um dispositivo aplicável na melhoria dos sintomas provocados pela regurgitação mitral, sobretudo funcional, em doentes eligíveis para a sua implantação. Apresenta-se um caso de um doente com antecedentes de Cardiomiopatia dilatada de etiologia isquémica admitido no Serviço de Urgência por queixas de dor no hipocôndrio direito com cerca de 2 dias de evolução associado a náuseas e vómitos. À observação apresentava -se subictérico, com dor à palpação da referida região e duvidoso Murphy vesicular. Ecografia abdominal com evidência de espessamento da parede vesicular, difuso, sem litíase, sem evidência de outras complicações. Analiticamente apresentava discreto aumento dos parâmetros inflamatórios. Admitida então colecistite aguda alitiásica para terapêutica conservadora. Iniciou antibioterapia com pouca melhoria das queixas, mantendo desconforto na referida região sobretudo após as refeições. Pedida TC abdominal que não revelou alterações além de hepatopatia congestiva e estudos endoscópicos também sem alterações. Realizou ecocardiografia transtorácica que revelou deterioração da função ventricular direita em concomitância com agravamento de regurgitação mitral funcional, considerada grave. Assumidas as queixas abdominais em contexto de hepatopatia congestiva, pelo que atendendo à existência da referida insuficiência mitral, se referenciou o doente com a proposta de MitraClip. O doente foi considerado um candidato adequado, pelo que foi submetido ao procedimento sem intercorrências. Após 6 meses, obteve progressiva melhoria das queixas apresentadas com Insuficiência cardáaca estabilizada em classe II. O caso destaca-se pela necessidade de um diagnóstico diferencial constante nos doentes com Insuficiência cardiaca direita e identificação de aspectos a optimizar na sua patologia para melhoria da qualidade de vida.

CO-07-06

ENDOCARDITE INFECIOSA - DO DIAGNÓSTICO AO PROGNÓSTICO

Mafalda Costa Pereira, Susana Sousa, Cristina Marques, Teresa Pinto, Isabel Barros, Margarida Rodrigues, Nuno Salomé
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL SANTA MARTA; UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA

A Endocardite Infeciosa (EI) é potencialmente mortal (~15%). Próteses e valvulopatias são fatores de risco. Critérios modificados de Duke são diagnósticos. A sensibilidade do Ecocardiograma (Eco) transtorácico (TT) versus transesofágico (TE) é 60% ou 20% versus 95% ou 90%, respetivamente em EI de válvula nativa (EVN) ou protésica (EVP). A V.mitral seguida da V.aórtica (V.Ao) são as mais atingidas; EVP corresponde a 20%. A insuficiência cardíaca (IC) é a principal complicação, sobretudo na EVN (40-60%) e V.Ao. A embolia cerebral ocorre em 15-30%. Complicações perivalvulares são mais frequentes na V.Ao e V.protésica. Fístulas são complicações severas em 1.6%. Em 1-15% há bloqueio do nó auriculoventricular próximo da cúspide Ao não coronária. A infeção por fungos é mais comum na EVP, tendo pior prognóstico. A cirurgia é indicada em infeção não controlada por micro-organismos resistentes ou fungos, lesão cardíaca, IC significativa ou prevenção embólica. Apresentam-se 3 mulheres. 60 anos, prótese valvular, fibrilhação auricular, hipocoagulada. Síndrome febril, anemia sem perdas e marcha atáxica. Sopro cardíaco sistólico. Lesões isquémicas em diferentes territórios em TC-CE. Hemoculturas (HCs) - Enterococcus faecalis. EcoTE - vegetação na inserção da prótese mitral a condicionar "leak". Fez antibioterapia (atb) e posteriormente cirurgia. HCs e cultura do material protésico - Candida parapsilosis. Óbito. 77 anos, esclerose da valvula aórtica. Quadro febril. Sopro sistólico. IC em agaravamento progressivo, BAV de 1º grau e períodos de fibriloflutter auricular. HCs - Streptococcus agalactiae. EcoTE – vegetação Ao e fístula entre a

cúspide não coronária e a aurícula direita com fluxo turbulento. Atb e cirurgia. 73 anos, coreia do hemicorpo esquerdo. RM-CE - enfarte lacunar do núcleo subtalámico direito. Sopro sistólico. EcoTT - calcificação da V.mitral e imagem compatível com trombo. Posteriormente síndrome febril. HCs - MSSA. EcoTE - vegetação da V.mitral. Fez atb.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 **PAIOL**

MODERADORES: **ANA NASCIMENTO**
MANUELA VASCONCELOS

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-08-01

PREDITORES DE MORTALIDADE HOSPITALAR NO DOENTE MUITO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Hugo Antunes, Angela Mota, Miguel Correia, Júlio Pereira, Luis Abreu, Bruno Marmelo, Costa Cabral
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA E SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) tem uma prevalência elevada na população idosa e, com o envelhecimento expectável da população, aumentará a sua incidência. Este grupo de doentes ainda necessita de melhor caracterização. Objectivos: Avaliar parâmetros clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos como preditores de mortalidade no doente muito idoso. Métodos: Identificaram-se todos os doentes admitidos por IC, num único centro, entre 01/01/2009 e 31/12/2014. Apenas o primeiro episódio de cada paciente foi incluído. Foram selecionados todos os pacientes com 85 anos ou mais. Avaliaram-se alguns parâmetros clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos e foram comparados com a mortalidade intra-hospitalar. Resultados: No período em análise, foram registados 262 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão. Predomínio do sexo feminino (58,8%), 88,20 ± 2,80 anos de idade e a mortalidade intra-hospitalar foi de 10,3%. O valor de BNP foi superior nos doentes que faleceram (BNP médio 1770 pg/ml, p=0,013). Não se verificaram diferenças significativas no valor de hemoglobina e proteina c-reactiva. Quer a ureia quer a creatinina foram superiores nos doentes que faleceram (ureia média de 114,38 mg/dl, p=0,000; Creatinina média de 2,52 mg/dl, p=0,124). A PSAP foi substancialmente superior nos doentes que faleceram (p=0,038), o mesmo não acontecendo com o valor da fracção de ejecção (p=0,461). Conclusão: Este estudo mostrou que a ureia é superior à creatinina na predição de mortalidade intra-hospitalar neste grupo etário. O valor do BNP também é um bom preditor de mortalidade. A proteína C-reactiva e o valor da hemoglobina não parecem estar relacionados com a mortalidade em pacientes com IC. Nos parâmetros ecocardiográficos, a PSAP provou ser um bom preditor de mortalidade; no entanto, a fração de ejeção não obteve um resultado estatisticamente significativo como preditor de mortalidade nos pacientes muito idosos com IC.

CO-08-02

ANGINA VASOESPÁSTICA E SÍNDROMA X CORONÁRIO COMO CAUSA DE PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA.

Pawel Sierzputowski, Inês Leonor Leitão, Miguel de Miguel, Paula Alcântara
HOSPITAL SANTA MARIA, CHLN, SERVIÇO DE MEDICINA I

A angina vasoespástica e o síndroma X coronário são 2 identidades raramente descritas em sobreposição, mas possivelmente sub-diagnosticada. Homem, 64 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2 e doença renal crónica em hemodiálise, com história de angor há 1 ano com prova de esforço positiva e coronariografia normal. Foi internado após paragem cardiorrespiratória em assistolia atribuída a hipercaliémia de 6,9 mmol/L. Durante o internamento observaram-se múltiplos episódios de angor em repouso com infradesnivelamento do segmento ST transitório nas derivações da parede inferior e lateral. A coronariografia à admissão não evidenciou lesões significativas. Excluíram-se tromboembolismo pulmonar e dissecção aórtica. O ecocardiograma inicial demonstrou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (VE), sem alterações da motilidade segmentar ou valvulopatias significativas. Por suspeita de angina vasoespástica, após ter colocado pacemaker, iniciou terapêutica com diltiazem, além de dupla antiagregação, anticoagulação e estatina em alta dose. Manteve episódios de angor diário, pela madrugada/manhã, culminando em enfarte agudo do miocárdio (EAM) tipo 2 Killip 3, com evidência de insuficiência mitral major de novo e dilatação do VE com disfunção sistólica ligeira. No ecocardiograma com avaliação morfo-funcional observou-se hipocinésia da parede posterior, inferior, basal e septo inferior. No contexto de EAM foi adicionado β-bloqueador com agravamento dos episódios de angor, pelo que se admitiu vasoespasmo enxertado em doença isquémica da microcirculação (síndroma X); substituiu-se diltiazem e β - bloqueador por verapamil, mantendo a restante terapêutica farmacológica, tendo-se verificado melhoria clínica significativa. O caso apresentado conjuga manifestações sugestivas de vasoespasmo coronário e doença isquémica da microcirculação, evidenciando que estas duas entidades poderão ser encontradas em sobreposição e segundo alguns autores apresentar aspectos etiopatogénicos comuns.

CO-08-03

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA POR PARVOVÍRUS B19

António Ferreira, Alzira Nunes, Helena Nascimento, Teresa Pinho, Rui André Rodrigues, Pedro Bernardo Almeida, António Madureira, Manuel Campelo, Paula Dias, Maria Julia Maciel
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM; SERVIÇO DE CARDIOLOGIA, CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO; SERVIÇO DE RADIOLOGIA, CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Introdução: A miocardite tem várias etiologias possíveis, entre as quais infecciosas. Apesar da histologia permanecer o gold standard para o diagnóstico, técnicas de biologia molecular (BM) podem ser utilizadas para identificar o patogéneo viral. Caso Clínico: Homem, 32 anos, sem doença cardiovascular conhecida. Admitido no SU por febre e sinais de insuficiência cardíaca (IC) aguda. Análises: parâmetros inflamatórios e peptídeo natriurético B elevados, sem elevação de marcadores de necrose miocárdio. ECG: taquicardia sinusal. Ecocardiograma: disfunção severa da função sistólica do ventrículo esquerdo (FSVE) com fracção de ejecção <10% e insuficiência mitral (IM) severa funcional. Relativamente ao estudo etiológico, foi realizada ressonância magnética cardíaca que sugeriu uma miocardiopatia dilatada de etiologia não isquémica. O estudo serológico no sangue para vírus cardiotrópicos foi positivo para anticorpos IgG e IgM de Parvovírus B19 (Pv-B19). Efectuada biópsia endomiocárdica que foi compatível com uma miocardite borderline. A imunohistoquímica no miocárdio foi negativa, mas o estudo por BM foi positivo para DNA de Pv-B19. De modo a tratar a infecção vírica subjacente foi iniciada terapêutica com Imunoglobulina Humana endovenosa (IgIV). Teve melhoria clínica sustentada e no final do tratamento, o ecocardiograma mostrou uma melhoria da FSVE, bem como da IM. Alta ao 27º dia de internamento, orientado para consulta de IC. Conclusão: Perante o diagnóstico histológico de miocardite borderline associada a um estudo imunohistoquímico negativo para Pv-B19 no miocárdio, tornou-se imperativo a confirmação da presença de uma miocardite viral através de técnicas de BM, de modo a evitar a utilização de imunossupressão nociva. Apesar da evidência científica escassa relativamente à utilização de IgIV, este tratamento tem atividade antiviral e imunomoduladora, podendo ter um papel no tratamento da miocardite vírica, como aconteceu no nosso doente.

CO-08-04

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ricardo Paquete Oliveira, Daniel Faria, Joana Caetano, Ana Furtado, Bruno Grima
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia cardiovascular relativamente frequente que, apesar dos avanços no diagnóstico e terapêutica, tem ainda uma taxa de mortalidade elevada. Apresentamos uma casuística dos doentes internados no nosso serviço com TEP num período de 6 anos, num total de 127 doentes, 63% mulheres, com idade média de 67 anos. Os sintomas

mais frequentes na apresentação foram dispneia (72%), toracalgia (43%) e dor dos membros inferiores (27%), com 17% dos doentes admitidos com instabilidade hemodinamica e 6 doentes (4.7%) em paragem cardio-respiratória. Gasimetricamente, 39% dos doentes com hipoxémia e hipocápnia, 24% só hipoxémia e 20% normal. Dos doentes que fizeram ecocardiograma (49%), apenas 42% com sinais indirectos de TEP. Só 12% dos doentes não fizeram angio-tomografia computorizada torácica para confirmação diagnóstica. Quanto ao tipo de doentes, só 51% com score de Wells > 4 (provável), com 65% dos doentes em classes III-V de Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) e uma mortalidade global de 6.3%. Como factores de risco identificados, a hipertensão arterial foi o mais frequente em ambos os sexos (64%), seguido de tabagismo nos homens (44.7%) e insuficiência cardíaca nas mulheres (26.3%), obesidade (20%) e evento prévio (16%). De factores de risco identificados após o evento, a destacar a presença de trombofilias em 50% dos doentes com < 60 anos e em 21% de todos os doentes (12% com síndrome de anticorpos anti-fosfolipidos), e a presença de neoplasia em 7% dos doentes (3.1% dos doentes com neoplasia a 1 ano que não foi detectada no internamento). Se no período 2010-2012, 76% dos doentes tiveram alta medicados com Varfarina, em 2013-2015, 47% sairam com varfarina e 42% com novos anticoagulantes orais. Da nossa avaliação, a destacar a necessidade de considerar trombofilias nos doentes com < 60 anos, a ausência de benefício na pesquisa exaustiva de neoplasia oculta e a mortalidade inferior ao esperado para a gravidade dos doentes.

CO-08-05

ANTICOAGULAÇÃO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Sara Vilas-Boas, Ana Corte-Real, Ana Gaspar, Joana Maurício, Énia Ornelas, Pedro Lopes
HOSPITAL PROFESSOR FERNANDO DA FONSECA

Introdução: A terapêutica anticoagulante mostrou ser efetiva na redução da embolização sistémica associada à fibrilhação auricular (FA). O score CHA2DS2-VASc mantém-se o mais consensual para determinar o risco embólico. Um score ≥2 é fortemente indicador da necessidade de anticoagulação, mesmo com riscos inerentes. Isto traduz-se no facto de que hemorragias major são menos prováveis que o risco de acidente vascular cerebral isquémico. O score HAS-BLED é frequentemente utilizado para avaliar o risco hemorrágico, não estando, contudo, validado como fator determinante na decisão de anticoagular. Objetivos e Métodos: Estudo da população de doentes internados ao longo de 1 ano numa enfermaria de Medicina Interna, com diagnóstico de FA. Os objetivos foram identificar os fatores que se relacionaram com a decisão de anticoagulação durante o internamento e aquando da alta clinica. Foi efetuado um estudo retrospetivo através da análise dos registos clínicos hospitalares. Resultados: Dos 248 doentes com o diagnóstico de FA à data de alta, 244 tinham score CHA2DS2-VASc ≥2 mas apenas 157 (65,4%) ficaram anticoagulados em ambulatório. Dos doentes que se decidiu não anticoagular, 62,1% tinham um score HAS-BLED entre 1 e 2 e 37,9% um score>3. No entanto, os principais determinantes da decisão de não anticoagular prenderam-se com o facto de serem doentes com grau de dependência alto para as atividades de vida diária (25,3%), cujo risco de queda se considerou elevado (21,8%) ou por motivos sociais (14,9%). Em apenas 9,2% dos casos, esta decisão se relacionou com episódios de hemorragia major. Conclusão: A maioria dos doentes internados tinha elevado risco de embolização, conforme calculado pelo score CHA2DS2-VASc. No entanto, uma percentagem significativa não foi anticoagulada (34,6%) e o motivo desta decisão não se prendeu, na generalidade, com contraindicações major ou comorbilidades associadas que pudessem aumentar o risco hemorrágico inerente.

CO-08-06

ENDOCARDITE INFECIOSA, CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A endocardite infeciosa (EI) é uma doença potencialmente fatal, que se mantém como um desafio diagnóstico pela subjacente heterogeneidade de manifestações clínicas. Tem sofrido progressivas mudanças relativamente à sua epidemiologia, nomeadamente aumento da prevalência da infeção estafilocócica e dos fatores de risco associados aos cuidados de saúde. Objetivos: Caracterização dos doentes com EI internados num serviço de medicina interna. Material e métodos: Foram consultados os processos dos doentes admitidos no período de 1/1/2010 a 31/12/2015 com o diagnóstico de EI. O estudo foi observacional e retrospetivo. Efetuada a análise de um total de 59 processos, usando o programa SPSS, 20.0. Resultados: Foram obtidos 43 doentes, 22 do sexo masculino (55,8%) e 19 do sexo feminino (44,2%), com idade compreendida entre os 30 e 88 anos (média 69,81). O diagnóstico foi efetuado segundo os critérios de Duke modificados, sendo 31 casos classificados como EI confirmada (72,1%) e 12 como EI possível (27,9%). A endocardite foi associada a válvula nativa em 26 dos casos (60,5%), em 16 a válvula protésica (37,2%) e em apenas um caso associada a sonda de pacemaker (2,3%). O ecocardiograma (ECO) transesofágico foi necessário em 20 doentes (46,5%). Dos resultados microbiológicos, obtido isolamento de agente em 83,7% dos casos, sendo o mais prevalente o streptoccocus viridans (37,2%), seguido do Staphylococcus aureus meticilinosensível (18,6%). Tempo médio de admissão-diagnóstico foi de 10,8 dias (mínimo de 1 dia e máximo de 58dias). As complicações registadas foram a insuficiência cardíaca (32,6%), abcessos peri-valvulares (28%) e embolização sistémica (18,7%). 18 doentes (41,9%) foram submetidos a cirurgia valvular. A mortalidade intra-hospitalar foi de 18,6%. Conclusão: Apesar do progresso no diagnóstico e nos cuidados médicos, cirúrgicos e críticos, a EI continua associada a considerável morbilidade e mortalidade.

CO-08-07

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA - UM SÍNDROME HETEROGÉNEO

Ana Sofia Costa Matos, Ana Rita Cambão, Francisco Teixeira Silva, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

A Insuficiência Cardíaca (IC), definida pela incapacidade no fornecimento de oxigénio aos tecidos, resulta de uma alteração estrutural e/ou funcional do coração. É classificada primariamente de acordo com a fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo: IC com FE reduzida (IC FER) e com FE preservada (IC FEP). Esta, corresponde a um grupo heterogéneo de doentes quanto à etiologia e fisiopatologia, sendo a resposta ao algoritmo clássico de tratamento utilizado na IC FER insatisfatória. OBJETIVO: Caraterização dos doentes com IC FEP internados numa enfermaria de Medicina Interna, num hospital distrital. MÉTODO: Estudo retrospetivo de internamentos num serviço de Medicina Interna, com o diagnóstico primário ou secundário de IC, no período compreendido de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015. RESULTADOS: Num total de 1213 internamentos (897 doentes), 55,8% apresentavam IC FEP. Neste subgrupo, o sexo feminino mostrou-se predominante (63%) e com idade média de 80,7 anos. Contrariamente, na IC FER predomina o sexo masculino (64,4%) e a idade média é inferior (74,9 anos). A avaliação da etiologia segundo a FE, permitiu identificar envolvimento de diversos fatores em diferentes proporções, com predomínio da etiologia valvular (46%) na IC FEP e da etiologia isquémica (36,6%) na IC FER. A associação de fatores de risco cardiovascular e outras comorbilidades mostra-se mais proeminente na IC FEP, com maior prevalência de HTA (72,3 vs 57,1%), Diabetes mellitus (38,5 vs 33,1%), Obesidade (23,5 vs 15,1%), Hiperuricemia (15,3 vs 13,6%), Fibrilhação auricular (54,6 vs 47,6%) e Anemia (64,0 vs 46,4). Apesar da IC FEP constituir uma entidade crescente nos últimos anos, as estratégicas terapêuticas baseadas em evidência são ainda

escassas, pelo que o seu tratamento continua a ser largamente empírico e sintomático. Torna-se, portanto, urgente a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e o desenvolvimento de abordagens terapêuticas dirigidas

QUINTA-FEIRA - 26 - 19H30	PAIOL
MODERADORES:	ANA NASCIMENTO RUI BARROS

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-09-02

SÍNDROME DE EISENMENGER: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DA TERAPÊUTICA DIRIGIDA

Célia Maia Cruz, Inês Furtado, Isabel Furtado, Liliana Fonseca, Mário Santos, Fabienne Gonçalves, Abílio Reis
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, UNIDADE DE DOENÇAS VASCULARES PULMONARES

A Síndrome de Eisenmenger (SE) resulta de defeitos cardíacos congénitos cuja não correção leva ao desenvolvimento de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP). A sua incidência tem reduzido, ao longo dos anos, devido aos avanços no diagnóstico e tratamento destes defeitos. A HAP é uma entidade rara mas a utilização de fármacos específicos (prostanóides, antagonistas dos receptores da endotelina e inibidores da fosfodiesterase – 5), tem permitido uma melhoria sintomática e dos parâmetros hemodinâmicos. Os autores descrevem um caso clínico, chamando a atenção para a importância do diagnóstico precoce e referenciação atempada para centros específicos. Homem de 50 anos com história de consumo de drogas inaladas. Quadro de dispneia associado a edemas dos membros inferiores desde 2008. Ecocardiograma com dilatação das cavidades direitas e hipertensão pulmonar, sob OLD desde essa data. Em Janeiro de 2016 agravamento da dispneia tendo repetido estudo morfofuncional cardíaco com agravamento das alterações referidas e evidência de comunicação interauricular (CIA) tipo OS com shunt direito-esquerdo. O cateterismo cardíaco revelou PMAP de 62mmHg com PEP de 7mmHg. Evidência de trombos pulmonares bilateralmente, que se interpretaram como secundários a trombose in situ. Foram excluídas hipertensão portal, infecção por VIH, doença tiroideia e doenças do colagénio. O doente apresentava critérios de mau prognóstico (classe funcional III NYHA/WHO, BNP elevado e disfunção do VD), optando-se por iniciar terapêutica combinada, com boa tolerância e melhoria funcional. Cerca de 10% dos doentes com CIA não corrigida evoluem para SE. Durante muitos anos as opções terapêuticas foram sobretudo de suporte com uma faixa muito estreita de doentes a preencher critérios para transplante coração/pulmão. Recentemente a introdução de fármacos específicos para a HAP tem-se traduzido numa melhoria da sobrevida, dos parâmetros hemodinâmicos e da classe funcional.

CO-09-03

FIBRILHAÇÃO AURICULAR: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Cátia Barreiros, Duarte Silva, Lúcia Brandão, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
SERVIÇO DE MEDICINA 1, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais frequente, directamente associada à idade e uma importante causa de morbi-mortalidade. Objectivos: Avaliar as características dos doentes admitidos num serviço de urgência (SU) com o diagnóstico de FA. Material e métodos: Foram consultados os processos dos doentes admitidos entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2015 no SU com o diagnóstico principal de FA. É um estudo observacional e retrospectivo. Feita uma análise descritivo-correlacional, usando o programa SPSS, 19.0. Resultados: Identificados 190 doentes com FA em que 60% são do sexo feminino. A média de idade é de 70 anos. 84.8% dos doentes têm mais de 60 anos e 5.3% menos de 50 anos. No sexo feminino, o grupo etário mais prevalente é dos 81 aos 90 anos, enquanto que no sexo masculino é dos 71 aos 80 anos ($p<0.05$). 76.3% estavam sob medicação controladora de frequência/ritmo, sendo os bloquedores-beta a classe de fármacos mais frequente. 59.6% estão hipocoagulados e 28.2% anti-agregados. O motivo de vinda ao SU em 62.6% dos doentes foi por FA com resposta ventricular (RV) rápida e 21.6% por FA com RV lenta. Quanto aos factores de risco mais prevalentes, 77.4% dos doentes são hipertensos, 52.1% têm dislipidémia, 25.3% são obesos e 24.7% são diabéticos. 26.8% têm doença cardiovascular conhecida (35% já tiveram um acidente vascular cerebral, 21.7% enfarte agudo do miocárdio e 31.7% têm diagnóstico de insuficiência cardíaca). Nas manifestações na altura do diagnóstico, do que se apurou, 33.7% eram palpitações, 15.3% dispneia e 7.4% síncope. O electrocardiograma foi a forma de diagnóstico em 97.4% dos doentes. 33.2% têm FA permanente, 20.5% FA paroxística e em 46.3% tratou-se de um diagnóstico "de novo". Conclusão: Neste trabalho comprova-se a elevada prevalência de FA nos grupos mais idosos. Podemos ainda constatar que é uma importante causa de vinda ao SU, o que está de acordo com a elevada morbilidade que lhe é atribuída.

CO-09-04

AUDITORIA À PROFILAXIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA – 2 ANOS DEPOIS

Ana Lima Silva, Sara Pereira, Joana Barros, Lara de Andrade Maia, Ângela Coelho, Pedro Neves, Nuno Cardoso, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE - UNIDADE DE FAMALICÃO; SERVIÇO DE MEDICINA I

As auditorias e a apresentação dos resultados como forma de sensibilizar os clínicos para determinada problemática têm vindo a ser, cada vez mais, documentadas como formas úteis e eficazes na melhoria da qualidade e segurança da prática clínica e dos cuidados prestados. Em 2011 desenhou-se um estudo descritivo para avaliar a prescrição de tromboprofilaxia aos doentes internados num Serviço de Medicina, bem como determinar o impacto de medidas de incentivo a esta correta prescrição (auditorias, apresentação de resultados, material didático de bolso com normas de orientação profilática). Continuando o plano traçado, que visava sedimentar as normas de orientação e chegar cada vez mais próximo do ambicioso 100% de doentes corretamente orientados, foi feita uma nova avaliação passados 2 anos da última. Registaram-se dados demográficos, critérios de exclusão (hipocoagulação prévia/terapêutica no internamento), motivo de internamento, fatores de risco embólicos, contraindicações (CI) e profilaxia instituída. Dos 17 doentes em risco de trombose venosa profunda (TVP) e sem CI, 12 estavam sob correta profilaxia. Nenhum dos 8 doentes em risco com CI estava sob tromboprofilaxia e 10 dos 11 doentes sem critérios não tinham profilaxia prescrita. Assim, um total de 30 doentes, 83,3% estavam corretamente orientados. Estes dados foram apresentados ao corpo clínico, recordando-se as normas de orientação, o que resultou numa melhoria dos cuidados (não estatisticamente significativa), com um total de 90.5% dos doentes corretamente orientados numa segunda auditoria, 5 meses depois. Apesar de não se terem feito auditorias durante 2 anos, os resultados documentam uma melhoria sustentada na orientação dos doentes, provando-se uma vez mais o benefício de formações regulares. No entanto, muito há a ser feito para a otimização da prevenção de uma causa de importante morbimortalidade potencialmente evitável, nomeadamente implementação de medidas não farmacológicas naqueles com CI.

CO-09-05

QUAL A VARIAÇÃO DO BNP A SER VALORIZADA EM CONTEXTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Inês Chora, Ana Faceira, Filipa Silva, Maria João Pinto, Sara Ferreira, Patrícia Lourenço, Paulo Bettencourt
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Introdução Os peptídeos natriuréticos, como o tipo B (BNP), são instrumentos reconhecidos no diagnóstico e estratificação de doentes com Insuficiência Cardíaca(IC) crónica e aguda. Não se conhece a variação dos valores de BNP em doentes crónicos que agudizam. O conhecimento desta variação pode ter

implicação clínica relevante. Objetivo Conhecer a diferença dos níveis de BNP entre situações de IC crónica estável e aquando da sua agudização. Métodos Estudo retrospetivo de doentes seguidos na consulta de Medicina Interna–IC (primeiras consultas sucessivas entre janeiro/2010-dezembro/2013, seguimento>1ano). Definida agudização como internamento por IC aguda (exceto por síndrome coronária aguda). Definido BNP basal(BNPb) como valor de BNP na consulta com>3meses de terapêutica mantida e otimizada e sem agudização. Comparação entre BNPb e BNP à admissão hospitalar. Associação do BNPb com internamentos por IC aguda e mortalidade. Análise estatística (SPSS20.0). Resultados Incluíram-se 253doentes (70%homens,69±14anos), a maioria com IC isquémica (45%), alcoólica (11%), hipertensiva (10%) ou indeterminada (21%), em classe NYHA basal I e II (80%) aquando estabilizados e função sistólica ventricular esquerda<30%(60%). O BNPb foi~191 pg/mL (P25-P75: 83-453), atingido em~19meses após a1ªconsulta. Verificaram-se 67internamentos por IC aguda (contexto de infeção(65%); progressão da IC(15%), após14.5±15meses do BNPb). O BNP à admissão foi~1505pg/mL (P25-P75: 707-2629), com aumento médio de 2.5vezes versus(vs) BNPb. Os doentes com agudizações eram mais velhos (68vs73anos,p=0.013) e com maior BNPb (404vs164,p<0.001). Registaram-se 43mortes (55%nos que agudizaram); a agudização (p<0.001) e um BNPb mais elevado (411vs164,p<0.001) associaram-se à mortalidade. Conclusão Na nossa população com IC crónica, verificámos um incremento de~2.5 nos valores de BNP aquando da agudização. Estes resultados podem ter impacto clínico relevante na valorização do BNP em contexto de situações de urgência.

CO-09-06

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E IMATINIBE: UMA ASSOCIAÇÃO INDEVIDAMENTE DESVALORIZADA

Vanessa Novais de Carvalho, Pedro Moraes Sarmento, João Sá
HOSPITAL DA LUZ

A primeira linha de tratamento para a Leucemia Mieloide Crónica (LMC) reside no uso de imatinibe, inibidor de tirosina cinase que bloqueia a expressão da tirosina cinase bcr-abl. A cardiotoxicidade induzida pelo imatinibe é rara e o despiste de patologia cardiaca não está recomendado. É apresentado um caso de descompensação de Insuficiência Cardiaca (IC) relacionado com o tratamento com imatinibe. Homem de 85 anos, com IC de etiologia isquémica (doença 3 vasos não revascularizável) com Fracção de Ejecção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada (NTproBNP: 2651 pg/mL) sob terapêutica optimizada (iECA, BBloqueante, ARM, ivabradina e diurético), que no contexto de LMC (20.800 leucócitos) inicia em Setembro de 2014, terapêutica com imatinibe. Apesar da remissão da LMC (7.000 leucócitos), evolui com descompensação da IC Classe III da NYHA (NTproBNP: 10153 pg/mL) que motivou suspensão do imatinibe em Outubro 2014. Apesar da optimização terapêutica o doente foi internado em Janeiro 2015 (NTproBNP: 40269 pg/mL). Sob suspensão do imatinibe, evolui com melhoria da IC para Classe II da NYHA (NTproBNP: 5983 pg/mL). Por agudização da LMC (50.000 leucócitos) reinicia em Outubro 2015 terapêutica com imatinibe, recorrendo após 2 semanas por descompensação da IC (NTproBNP: 24413 pg/mL) pelo que reduziu 50% dose do imatinibe. Mantêm progressão da descompensação da IC (NTproBNP: 30896 pg/mL) apesar da remissão da LMC (8.900 leucócitos) pelo que suspendeu de novo o imatinibe em Dezembro 2015. Evolui com melhoria da IC (NTproBNP: 12227 pg/mL) mas por agudização da LMC (26.800 leucócitos) retomou imatinibe em 25% da dose em Janeiro 2016 tolerando a dose até à data. Conclusão: A fisiopatologia da toxicidade cardíaca secundária ao imatinibe não está esclarecida. O caso descrito comprova a gravidade potencial da mesma e sugere um efeito dose dependente. O presente caso alerta para a necessidade de monitorizar apertadamente a terapêutica com imatinibe em doentes idosos com LMC e IC.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 | **SALA DE ATOS - IPVC**

MODERADORES: MARIA JOÃO REGADAS, JOÃO NEVES

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-10-01

FERROPENIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA: A FRAÇÃO DE EJEÇÃO IMPORTA?

Mariana Gomes Martins, Ana Raquel Ramos, Filipa Marques, Inês Araújo, Ana Leitão, Luís Campos, Cândida Fonseca
UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE, NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A ferropenia (Fe) afeta 1/3 dos doentes (dts) com insuficiência cardíaca (IC) crónica. As recomendações sugerem avaliação e tratamento independentemente dos valores de hemoglobina (Hb) em dts com fração de ejeção reduzida (FER). Com papel incerto na IC aguda (ICA) e na FE preservada (FEP). Objetivo: Avaliar a prevalência da Fe em dts com ICA consoante FE e influência no prognóstico (Px) a curto e longo prazo (CLP). Métodos: Estudo prospectivo, dts admitidos na Unidade IC em 12 meses. Anemia segundo OMS, Fe absoluta: ferritina<100ng/ml e Fe funcional: ferritina 100-299ng/ml e saturação de transferrina<20%. Resultados:162 dts. IC-FEP 60,5% e IC-FER 39,5%. IC-FEP vs IC-FER: idade 76,6±11,8vs71,8±13,1anos (p=0,021); homens 33,7%vs62,5% (p=0,001). Dias de internamento: 8,1±5,4vs9,1±6,0. Cardiopatia (CP) hipertensiva 62,6%vs21,9% (p=0,001) e CP isquémica 8,2%vs53,1% (p=0,001). Comorbilidades 3,22±1,5vs3,0±1,7 (p=0,368). Anemia 64,3%vs67,2% (p=0,704), Fe 78,0%vs64,4% (p=0,068), Fe com anemia (c/A) 46,2%vs46,8% (p=0,940); Fe sem anemia (s/A) 29,6%vs14,8 (p=0,033). A Hb 11,3±1.8vs11,5±2,1g/dL e ferritina 148±186vs253±523µg/L. Px na IC-FEP vs IC-FER e Fe c/A (n=67): mortalidade intrahospitalar (MIH) 0,0%vs3,4% (p=0,226) e a 3, 6, 12meses 7,3%vs14,8% (p=0,319), 7,3%vs19,2% (p=0.143) e 17,1%vs23,1% (p=0,545). Reinternamentos (RI) a 3, 6 e 12meses: 43,9%vs30,8% (p=0,282); 56,1%vs53,8% (p=0,857); 67,5%vs76,9% (p=0,409). Dts com IC-FEP vs IC-FER e Fe s/A (n=35): MIH 6,9%vs11,1% (p=0,401) e a 3, 6, 12meses 3,7%vs11,5% (p=0,401), 11,1%vs11,1% (p=1,0) e 18,5%vs11,1% (p=0,606). RI a 3, 6 e 12meses 25,9%vs50,0% (p=0,198); 33,3%vs50,0% (p=0,392); 42,3%vs50,0% (p=0,702). Conclusão: A Fe é globalmente mais frequente nos dts com IC-FEP e condiciona de igual modo o Px a CLP. Assim, é uma comorbilidade avaliada sistematicamente nos dts com ICA e com IC-FEP. São necessários estudos aleatorizados de maiores dimensões para validar os benefícios do tratamento da Fe nestas populações.

CO-10-02

MASSA VALVULAR MITRAL – SERÁ SÓ ENDOCARDITE?

Manuel Toscano, Ana Rafaela Alves, Zélia Neves, Patrícia Cipriano
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O hemangioma cardíaco é uma patologia cuja extrema raridade torna difícil o seu estudo, estando descritos cerca de 100 casos, dos quais apenas 13 são valvulares. A maioria dos doentes é assintomática sendo o diagnóstico um achado na necropsia ou cirurgia cardíaca por outra patologia. A evolução é variável e o tratamento cirúrgico recomenda-se para lesões sintomáticas, com óptimos resultados. Descrevemos o caso de uma doente de 66 anos, sem antecedentes de doença cardiovascular, com quadro agudo de febre, mal-estar, anorexia não selectiva e colúria. Analiticamente verificava-se elevação dos parâmetros inflamatórios e citocolestase hepática, com isolamento de Enterococcus faecalis numa hemocultura. A TC e RMN abdominais revelaram lesão na 2ª porção do duodeno compatível com volumoso divertículo duodenal. Por suspeita de colangite, iniciou piperacilina-tazobactam, com melhoria às 48h, mas complicado por recrudescência de febre e aparecimento de sopro sistólico mitral de novo. O ecocardiograma transtorácico revelou massa de grandes dimensões na válvula mitral, sugestiva de vegetação com alto potencial

embolígeno, confirmada por ecocardiograma transesofágico, que, juntamente hemangioma cavernoso, cujas culturas foram negativas. Registou-se evolução clínica e analítica pós-cirúrgicas favoráveis, tendo a doente alta hospitalar estável. Os autores apresentam este caso destacando a raridade da presença de um hemangioma cavernoso valvular cardíaco, até então desconhecida, como factor predisponente para endocardite infecciosa complicada num caso de bacteriemia com ponto de partida infeccioso nas vias biliares.

CO-10-03

IMPACTO DA CORREÇÃO DA FERROPENIA NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Ana Raquel Ramos, Mariana Gomes Martins, Inês Araújo, Filipa Marques, Ana Leitão, Luís Campos, Cândida Fonseca
UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO MEDICINA III, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A ferropenia (Fe) é a causa mais frequente de anemia na Insuficiência cardíaca (IC) e a administração de ferro endovenoso (Fev) mostrou benefícios na IC crónica com fração ejeção reduzida (FER). É desejável que as comorbilidades sejam avaliadas e tratadas durante o internamento; pouco se sabe sobre administração de Fev na IC aguda (ICA) . Objetivo: Avaliar o impacto da correção da Fe com Fev na ICA. Métodos: Estudo prospetivo, dts admitidos consecutivamente na Unidade IC em 12 meses. Anemia segundo OMS; ferritina<100ng/ml ou ferritina 100-299ng/ml e saturação de transferrina<20%. O Fev foi óxido férrico, dose 2º fórmula Ganzoni. Resultados:163 dts, idade 74,75±12,51anos, 55,2% mulheres. IC-FER 39,3% (n=64). Anemia em 65,6% (n=107), Fe com anemia (c/A) 44,2% (n=72) e Fe sem anemia (s/A) 23,3% (n=38). Dos dts com Fe c/A e Fe s/A, 62.5% e 44,7%, respectivamente, fizeram terapêutica com Fev. Elevação da Hb, tratados vs não tratados aos 3meses: 1,3±1,7vs0,6±1,2g/dL (p=0,010) na Fe c/A e de 0,7±1,5vs0,5±1.1 g/dl (p= 0.026) na Fe s/A. Fe c/A (n=72) não tratados vs tratados: mortalidade intrahospitalar (MIH) 3, 6 e 12meses: 4,0%vs11,6% (p=0,534), 12,0%vs7,3% (p=0,067); reinternamento (RI) 3, 6 e 12meses: 50,0%vs31,0% (p=0,14), 66,7%vs47,6% (p=0,216), 91,3%vs59,5% (p=0,021). Fe s/A (n=38) não tratados vs tratados: MIH aos 3, 6 e 12meses: 10,5%vs6,3% (p=0,653), 5,6%vs6,3% (p=0,932), 5,6%vs12,5% (p=0,476); RI 3, 6 e 12meses: 27,8%vs35,5% (p=0,632), 33,3%vs41,2% (p=0,631), 38,9%vs50,0% (p=0,515). Conclusão: A administração Fev mostrou benefícios nos RI aos 12meses com Fe c/A, e parece haver uma tendência para menor mortalidade nestes dts. Os tratados também tiveram um acréscimo significativo da Hb, que traduziu em benefícios funcionais e de qualidade de vida.

CO-10-04

ENDOCARDITE A HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE - UM CASO CLÍNICO

Ana Teresa Ferreira, Catarina Pires, Tiago Pack, Karin Luz, Ana Patrícia Cachado, Teresa Garcia
UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO MEDICINA III, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, LISBOA, PORTUGAL

Diversos microorganismos podem estar implicados na etiologia da endocardite infecciosa. De entre os menos frequentemente isolados, encontram-se os do grupo HACEK, gram negativos de crescimento fastidioso em cultura, tipicamente colonizadores da orofaringe, responsáveis por cerca de 3% dos casos de endocardite de válvula nativa. É apresentado o caso de um homem de 33 anos, natural do Nepal, previamente saudável, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro febril com 15 dias de evolução. Apresentava-se hipotenso, taquicárdico, e analiticamente com leucocitose (33800/mcL), trombocitopénia (68000/mcL), PCR 250 mg/L, tendo sido internado por febre sem foco. As hemoculturas isolaram Haemophilus parainfluenzae. Ao 3º dia de internamento, apresentou quadro de sobrecarga pulmonar, com sopro sistólico de novo à auscultação. O ecocardiograma transtorácico detectou vegetação de 21 mm no folheto anterior da válvula mitral, condicionando insuficiência mitral grave. Por manter febre, protelou-se cirurgia cardíaca, enquanto cumpria antibioterapia com ampicilina e gentamicina. Ao 11º dia objectiva-se score de Glasgow de 7, com postura em descerebração; TC crâneo-encefálica constata extensa lesão hemorrágica aguda do hemisfério cerebeloso direito, condicionando hidrocefalia obstrutiva. Foi submetido de urgência a craniectomia descompressiva e derivação ventricular, após a qual evoluiu com score de Glasgow oscilante entre 3 e 7, e recorrência da febre, falecendo ao 22º dia de pós-operatório. Apesar de o Haemophilus parainfluenzae ser habitualmente de baixa patogenicidade, a endocardite a este micoorganismo, sendo rara, apresenta-se tipicamente de forma subaguda, com desenvolvimento de vegetações de grandes dimensões e elevado risco de embolização séptica. Apresenta-se este caso pela evolução clínica grave e desfavorável, num doente jovem e sem factores predisponentes ao desenvolvimento de endocardite.

CO-10-05

AVALIAÇÃO DE RISCO DE RECORRÊNCIA E DECISÃO DO TEMPO DE HIPOCOAGULAÇÃO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO IDIOPÁTICO.

Steeve Rosado, Vera Silveira, André Gordinho, Célia Machado, Francisco Araújo, José Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução O tromboembolismo venoso é uma causa importante de morbilidade e mortalidade cardiovascular. Apresenta múltiplos factores de risco embora a etiologia permaneça indeterminada em cerca de 20% dos eventos, denominados idiopáticos. Estes constituem desafios clínicos, pelo elevado risco de recorrência a que estão associados, dificultando a decisão sobre a duração ideal de hipocoagulação. Esta baseia-se, como sempre, na avaliação da relação risco-benefício, caso a caso, sendo fundamental a existência de ferramentas que permitam avaliar o risco de recorrência. A grande limitação da hipocoagulação prende-se com o seu risco hemorrágico, que parece reduzido com os anticoagulantes orais directos. Persistem dúvidas relativamente à duração ideal da hipocogulação nos doentes com tromboembolismo venoso idiopático. 3 Meses? Prolongada? Quando suspender? Objetivos Revisão da actual evidência científica sobre os factores de risco para recorrência de tromboembolismo venoso idiopático e a duração ideal do seu tratamento. Métodos Pesquisa bibliográfica através dos termos “duration”, “anticoagulation”, ´idiopathic venous thromboembolism”, “recurrence risk”. Resultados O tromboembolismo venoso idiopático parece ter um maior risco de recorrência. De entre os factores associados ao risco aumentado de recorrência, os d-dímeros e a presença de trombo residual são os que apresentam maior evidência científica. Os anticoagulantes orais directos parecem associar-se a uma eficácia não-inferior com um perfil de segurança melhor, pelo que poderá haver uma tendência para prolongar a hipocoagulação, suportada pela maior recorrência de eventos após a sua suspensão. Conclusão Existem ferramentas que permitem aferir o risco de recorrência, facilitando a decisão quanto à duração da hipocoagulação. Esta previne eficazmente as recorrências, cuja incidência aumenta após a suspensão, independentemente da duração da hipocoagulação. Devemos hipocoagular para sempre?

CO-10-06

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM SERVIÇO DE MEDICINA - ESTUDO RETROSPECTIVO

Francisco Teixeira Silva, Ana Sofia Costa Matos, Ana Rita Cambão, Manuel Ferreira, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença com uma prevalência elevada na sociedade portuguesa, em que as agudizações fazem parte da história natural da mesma, condicionando o prognóstico e acarretando enormes custos em saúde. Objetivo: Caracterizar os internamentos por Insuficiência cardíaca (IC) nos últimos 5 anos num Serviço de Medicina Interna. Métodos: Estudo retrospectivo de internamentos num serviço de Medicina Interna, com o diagnóstico primário ou secundário de IC, no período compreendido de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015. As variáveis colhidas foram sexo, idade, fração de ejeção - preservada ou reduzida (FEp ou FEr), etiologia, motivo de descompensação (MD) e descompensações nos três meses prévios.

Resultados: Foram documentados 1213 episódios de internamento por IC (de novo ou descompensada), correspondendo a 897 pacientes, resultando 1,35 internamentos por doente nos 5 anos, sendo 54% do sexo feminino. A idade média à data de admissão foi de 79,4 +/- 9,9 anos, e 44.2% tinham FEr. Quanto à etiologia, os tipos de IC mais frequentes foram a multifatorial (32,6%), a valvular (26,76%) e a isquémica (19,85%). Quanto ao recurso ao serviço de urgência, registados 0, 1, 2 e ≥3 episódios nos três meses a anteceder o internamento em 42.5%, 26.5%, 14.5%, e 16.5%, respectivamente. O tempo médio de internamento foi de 9,64 dias (+/- 7,34), sendo sobreponível para FEr e FEp. O principal MD foi as infecções respiratórias (22,7%), seguido das arritmias cardíacas (14,1%). A taxa de mortalidade intra-hospitalar (MHI) foi de 13%, sendo maior na FEr que na FEp (9,6% vs. 7,2%; p=0,169) e em mulheres (10,3% vs. 8,7%; p=0,338). Conclusões: A IC é uma doença prevalente entre os grupos etários mais avançados, com impacto na procura de cuidados de saúde e uma mortalidade significativa, sendo importante implementar estratégias para reduzir as agudizações e reinternamentos.

SÁBADO - 28 - 08H00 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1**

MODERADORES: MARIA FRANCISCA DELERUE; CARLA MEIRA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-11-01

FIBRILHAÇÃO AURICULAR: HIPOCOAGULAÇÃO ORAL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Brandão, António Ferreira, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais frequente, constituindo uma das principais causas de acidente vascular cerebral. Objectivos: Avaliar o número de doentes hipocoagulados e o motivo para a não hipocoagulação. Material e métodos: Foram consultados os processos dos doentes admitidos entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2015 no Serviço de Urgência de um hospital distrital com o diagnóstico principal de FA. É um estudo observacional e retrospectivo. Foi efectuada uma análise descritivo-correlacional, usando o programa SPSS, 19.0. Resultados: Identificados190 doentes com FA em que 60% (114) são do sexo feminino. A média de idade é de 70 anos. 84.8% dos doentes têm mais de 60 anos. 53.7% dos doentes tinham diagnóstico prévio de FA. Destes, apenas 59.6% (n=62) estavam hipocoagulados, 72.6% com Varfarina, 25.8% com novos anticoagulantes orais (NOACs). 25.8% estavam apenas sob anti-agregação. Quanto às causas da não hipocoagulação, esta não foi identificada em 76.2% dos doentes, em 9.5% foi por incumprimento terapêutico e nas restantes situações justificada por anemia, hemorragia prévia ou por risco de queda (2.4% cada). 4.8% dos doentes não tinham indicação. À data da alta, 110 doentes saíram hipocoagulados (57.9%), com destaque para a Varfarina (59.6%). Dos 80 doentes que não foram hipocoagulados, em 32.5% dos casos não se encontrou justificação. Em 18,8% foi argumentado a dependência e o mau prognóstico, em 3.8% o risco de queda, em 2.5% o risco de hemorragia e em 1.3% a anemia. Em 16,3% dos doentes foi implantado pace-maker, pelo que a interrupção da hipocoagulação foi considerada temporária. Número semelhante de doentes (16.3%) não tinha indicação formal para hipocoagulação e em 8,8% foi efectuada cardioversão química/eléctrica. Conclusão: Apesar do conhecimento dos riscos da não hipocoagulação e da ausência de eficácia da antiagregação ainda existe um grupo significativo de doentes apenas anti-agregados ou não hipocoagulados.

CO-11-02

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA OTIMIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA MÉDICA NA SOBREVIDA A MÉDIO PRAZO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR DISFUNÇÃO SISTÓLICA

André Ferreira Simões, Luís Sargento, Nuno Lousada, Susana Longo, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva, Roberto Palma dos Reis
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC E UNIDADE DE CARDIOLOGIA HPV

Introdução: A terapêutica da insuficiência cardíaca IC passa pela utilização de fármacos e a sua titulação. Objetivo: avaliar, em doentes de ambulatório com IC com terapêutica médica otimizada, a frequência da utilização e grau de titulação dos fármacos e combinações recomendadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia, e sua associação com a sobrevida. Métodos: Estudo prospectivo de coorte com seguimento de 268 doentes, de ambulatório, de uma Unidade de IC, com IC Fej ≤40%, e terapêutica médica optimizada. Estabilidade clínica na seleção definida pela ausência, durante 6 meses, de descompensação ou internamento, variação da classe NYHA ou da dose de furosemida. Seguimento de 3 anos e o evento a morte global. A dose de iECA/ARA e βB foi categorizada relativamente à percentagem da dose alvo (DA; cutoff de 50%.). Resultados: (1) A mortalidade foi de 35.4%; (2) os sobreviventes faziam doses de furosemida inferiores (50.1±18.9 vs 70.3±19.6mg/dia, p=0.001) e de espironolactona superiores (24.6±11.1 vs 19.1±7.3mg/dia, p=0.007); (3) a utilização de iECA/ARA diminui o risco de morte (86.7% vs 97.8%, OR 0.88, p<0.001), e aumentou a sobrevida se dose >50% da DA (LR<0.001, HR 0.676, p<0.001). (4) A utilização de βB >50% da DA melhorou a sobrevida (HR 0.781, p=0.003). (5) A associação iECA/ARA+βB diminui o risco de morte (OR 0.86, p=0.02) e melhorou a sobrevida (LR p=0.005; HR 0.518, p=0.006), e os que atingiram simultaneamente >50% da DA de iECA/ARA e βB tiveram menor risco de evento (50.3% vs 19.7%, OR 0.24 p<0.001) e maior sobrevida (LR p<0.001; HR 0.646, p<0.001). (6) A adição de espironolactona à combinação iECA/ARA e βB, diminui o risco de morte (41.1% vs 57.3%, p=0.014), e incrementou a sobrevida (LR p=0.004; HR 0.542 p=0.004). Conclusão: reforça-se necessidade de optimização da terapêutica na IC por DS. Além da adição consecutiva de fármacos, é crucial a titulação da dose até atingir pelo menos 50% da dose alvo, com prioridade na utilização do iECA/ARA e βB.

CO-11-03

RELAÇÃO DA DOSE DE FUROSEMIDA E A SOBREVIDA EM DOENTES DE AMBULATÓRIO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO DIMINUIDA

André Ferreira Simões, Luís Sargento, Nuno Lousada, Susana Longo, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva, Roberto Palma dos Reis
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC E UNIDADE DE CARDIOLOGIA HPV

Introdução: Os diuréticos de ansa constituem a base da terapêutica na insuficiência cardíaca (IC), usados com o objetivo de reduzir a congestão. Tem-se associado doses mais elevadas de furosemida a disfunção renal progressiva e aumento da mortalidade. Objetivo: avaliar a associação da dose de furosemida e o impacto na sobrevida, em doentes de ambulatório com IC por disfunção sistólica, e terapêutica médica otimizada. Métodos: estudo prospectivo baseado numa coorte de 268 doentes consecutivos, de uma Unidade de IC, seguidos em ambulatório, estáveis, com IC e Fej <40% e terapêutica médica optimizada. Estabilidade clinica definida pela ausência, num período de 6 meses, de descompensação ou internamento, e sem variação da classe NYHA ou da dose de furosemida. O período corresponde ao melhor "dry-state" possível para cada doente. O tempo de seguimento foi de 3 anos e o evento a morte global. A dose de furosemida foi categorizada de acordo com o cut-off 40 mg, e formaram-se 2 subgrupos de doentes: G1 (<=40mg/dia) e G2 (>40mg/dia). Resultados: (1) A idade, classe NYHA (III, 55.2% vs 22%, p<0.001), creatinina (p=0.016), ureia (p=0.006) e o Nt-ProBNP (p<0.001) foram superiores em G2, e a taxa de filtração glomerular (TFG; p=0.004) menor; (2) A etiologia hipertensiva foi mais frequente (39.5% vs 26.7%, p=0.033) em G1, sendo as restantes etiologias de frequência semelhante. (3) No G2, há

tendência para usar menos iECA/ARA (90.8% vs 96.9%, p=0.061), e βB (79.2% vs 89.1%, p=0.036). A combinação terapêutica iECA/ARA e βB com dose de ambos >50% da dose alvo foi menos frequente em G2 (22.5% vs 43.4%, p=0.001). (5) O risco de morte foi superior em G2 (56.7% vs 16.3%, OR 2.351 IC95% [1.828-3.023]; p<0.001) e com menor sobrevida (Log Rank p<0.001; HR 2.15 IC 95% [1.68-2.75], p<0.001). Conclusão: A utilização de furosemida em doses >40mg/dia em doentes ambulatórios com IC e Fej <40%, após otimização terapêutica e em periodo de "dry-state", associou-se a menor sobrevida a longo prazo.

CO-11-04

A FIBRILHAÇÃO AURICULAR COMO FATOR PREDITOR DE MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Joana Rodrigues, Luís Sargento, Nuno Lousada, Susana Longo, André Simões, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva, Roberto Palma dos Reis
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC E UNIDADE DE CARDIOLOGIA HPV

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é comorbilidade frequente na insuficiência cardíaca (IC) e causa de agravamento clinico e consequente internamento. Objectivos: Avaliar a prevalência de FA e o seu impacto na sobrevida, em doentes com IC por disfunção sistólica (DS) e com terapêutica médica otimizada. Métodos: Estudo prospectivo de coorte com seguimento de 268 doentes, de ambulatório, de uma Unidade de IC, com Fej ≤40% e terapêutica médica optimizada. Estabilidade clinica na seleção definida pela ausência, em 6 meses, de descompensação ou internamento, variação da classe NYHA ou da dose de furosemida. Tempo de seguimento de 3 anos; morte global como evento. Resultados: Diagnosticou-se FA em 29,5% da amostra. Comparativamente com os doentes em ritmo sinusal: 78,5% do género masculino (vs69,4%), com idade média (73±9vs67±12,8 anos; p<0,001) e classe NYHA (2,5±0,5vs2,2±0,4; p<0,001) superiores. (3) O grupo com FA apresentou: NT-proBNP superior (5369,9±7402,7vs3025,2±4692,7 pg/mL; p=0,016); creatinina (1,6±0,8vs1,3±0,8 mg/dL; p=0,029) e ureia (77,9±49,3vs61,7±35 mg/dL; p=0,004) superiores e taxa de filtração glomerular inferior (54,4±20,9vs66,4±38,2; p=0,006); hemoglobina inferior (13,3±1,8vs13,4±1,7 g/dL; p=0,712) e RDW superior (15,4±2vs14,6±1,7%; p=0,005). (4) Na FA verifica-se menor proporção de doentes medicados com β-bloqueante (74,7vs88,2%; p=0,009), iECA/ARA (88,6vs96,2%; p=0,024), combinação de ambos (69,6vs88,6%; p=0,002) e iECA/ARA+BB com dose >50% da dose alvo (22,8vs38,2%; p=0,003). A utilização de digoxina é mais frequente (35,4vs14,5%; p<0,001). (5) O risco de morte foi superior na FA (OR 1,573; p=0,01) e sobrevida menor (Log Rank p=0,01; HRcox=1,738; p=0.013). Conclusão: Em doentes com IC por DS e com terapêutica otimizada, a FA associou-se a maior gravidade clínica e de biomarcadores, com maior dificuldade na optimização terapêutica, com consequente sobrevida significativamente inferior, constituindo-se como fator de mau prognóstico.

CO-11-05

CAUSA RARA DE ANGINA: FÍSTULAS CORONÁRIO-PULMONARES

Rodrigo Leão, Ana Rafael, Catarina Sá, Helena Temido, Daniel Marques, David Donaire, Susana Costa, Fátima Franco, Mariano Pêgo
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, UNIDADE DE TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA

Fístulas coronárias (FCs) para a artéria pulmonar (AP) são anomalias cardíacas raras. A maioria surge a partir da artéria coronária direita (CD). Com menor frequência envolvem múltiplas artérias. Geralmente assintomáticas, são diagnosticadas em exames de imagem cardíaca de rotina. Apresentamos um doente de 60 anos com história de miocardiopatia dilatada de etiologia não esclarecida, insuficiência cardíaca (IC) classe II NYHA, ablação de taquicardia supraventricular, portador de pacemaker DDD por bloqueio auriculoventricular completo, hipertenso e diabético. Internamento por agravamento progressivo de dispneia aos esforços, com episódios de angor e palpitações. Apresentava hepatomegália e refluxo hepatojugular. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou dilatação severa das quatro cavidades, alterações importantes da cinética segmentar e fracção de ejecção 25-30%. Analiticamente salienta-se BNP 1266pg/mL. Admitindo-se IC descompensada instituiu-se terapêutica diurética e ciclo de levossimendano com melhoria. Para esclarecimento do quadro realizou cateterismo com coronariografia que não objectivou lesões coronárias e identificou FCs. Posteriormente efectuou coronariografia por TC que documentou fístula distal da circunflexa para a AP esquerda, fístula distal da CD para a AP direita, ramo do conus com fístula para a circulação arterial pulmonar direita e ramo anómalo proveniente do seio de Valsava direito que origina ramos para circulação pulmonar e para septo interventricular. A abordagem terapêutica destes doentes é controversa. São recomendados anti-plaquetários em doentes com fístulas distais e coronárias dilatadas. A correcção cirúrgica é segura e efectiva sendo recomendada quando existe doença coronária concomitante. O encerramento transcatéter tem vindo a ser reconhecido como seguro, eficaz e menos invasivo, existindo relatos de sucesso com utilização de enxertos, dispositivos guarda-chuva e embolização, geralmente com resolução completa dos sintomas.

CO-11-06

DIABETES, COLESTEROL E RISCO CARDIOVASCULAR NUMA CONSULTA DE DIABETOLOGIA.

Lúcia Meireles Brandão, Edite Marques Mendes, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Joana Silva, Carmélia Rodrigues, Cristina Roque, Diana Guerra
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução:A Diabetes Mellitus (DM) está intimamente associada à doença cardiovascular (CV) que constitui um enorme desafio considerando a prevalência, os recursos que mobiliza para o tratamento e morbilidades inerentes. As complicações macrovasculares continuam a ser uma das causas de morte mais comuns. Objetivos:Caracterização do perfil colesterolémico num grupo de doentes com DM, análise do risco CV e estratégias terapêuticas. Métodos:Estudo observacional retrospectivo, com inclusão aleatória de 300 doentes com DM, seguidos em consulta de Diabetologia entre 2012 e 2015. Os dados foram recolhidos entre a primeira e a ultima consulta realizadas no período referido, através do SClínico® e a análise estatística realizada em Excel®. Resultados:O tempo médio de doença foi de 17 anos, o sexo masculino predomina (61,7%), a faixa etária mais frequente situava-se nos 61-70 anos e 83,3% eram diabéticos tipo 2. Período médio de observação de 22 meses. A hemoglobina A1C média era de 7,3%, e cerca de 43% dos doentes eram obesos. Presença de hipertensão arterial em 78,2%, dislipidemia em 62,7%, sedentarismo em 38,7% e tabagismo em 9,3% dos casos. Relativamente aos níveis de colesterol LDL, 83% tinham valores >70 mg/dl e 75,3% apresentavam HDL <60 mg/dl. A média do risco cardiovascular global (RCVG) conforme o ASCVD risk score era elevada (28,9%). Somente 77% faziam estatinas, 72,6% terapêutica anti-hipertensora, 41,3% antiagregação plaquetária e 4% hipocoagulação oral. Das estatinas mais prescritas predomina a sinvastatina (30%), seguida da atorvastatina (13,7%). 15% dos doentes estavam medicados com fibrato e 1% com ezetimiba. Nas complicações macrovasculares a mais frequente foi doença coronária (14%), seguida da arteriopatia periférica (9.3%) e da doença vascular cerebral (9.0%). Conclusão:Face aos resultados obtidos deveria ser ponderada terapêutica mais intensiva e dirigida para esta área da doença nomeadamente na seleção da estatina mais adequada ao perfil de RCV.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3
MODERADORES:	FILIPA GOMES NUNO BERNARDINO VIEIRA

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS

CO-12-01

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE INTERNADO POR CETOACIDOSE DIABÉTICA

Tomás Grevenstuk, Sérgio Pina, Sofia Amálio, Ana Lopes
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - UNIDADE DE FARO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução:A cetoacidose diabética (CAD) é a complicação aguda mais grave da Diabetes Mellitus, associada a elevados custos de saúde. É uma complicação potencialmente fatal. A percentagem de internamentos por CAD na nossa região é superior à média nacional. Objectivos:Caracterização epimemiológica dos doentes internados por CAD e indentificação dos factores de risco para esta complicação. Métodos:Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico através da análise dos processos clínicos dos doentes internados no período compreendido entre 01.07.2013 e 30.06.2015, com diagnóstico principal de CAD.Critérios de inclusão:pH<7.3 ou bicarbonato<18 mmol/L; corpos cetónicos na urina ou sangue; glicémia > 250 mg/L. Resultados:Neste período foram internados 59 doentes totalizando 74 episódios. Os doentes internados eram maioritariamente do sexo feminino (57,6%), com idade de 37,024,2 anos e 15,023,1 anos de doença. Os principais factores precipitantes foram: omissão terapêutica (64,9%) e alcoolismo (27%). A apresentação típica foi vómitos (66,7%) e dor abdominal (30,2%). Do grupo de doentes seguidos na consulta de diabetologia determinou-se que os doentes internados são mais jovens (27,918,3 e 37,211,6 anos [p=0,012]), foram diagnosticados há menos tempo (11,39,2 e 18,010,5 anos [p=0,020]), tinham pior controlo glicémico (11,82, e 8,51,6% [p<0.001]) e menor assiduidade nas consultas (2,01,7 e 2,91,1 consultas [p=0,010]) que os doentes que não tiveram nenhum episódio de cetoacidose. Os doentes com internamentos recorrentes são responsáveis por 30% do total de internamentos e são mais novos (17,85,7 e 40,124,9 anos; p<0,001) e foram diagnosticados mais novos (7,53,5 e 19,615,9 anos; p<0,001) que os doentes com um único internamento.Conclusões: Os doentes internados são jovens com menos anos de auto-controlo metabólico e menor assiduidade nas consultas de diabetologia o que reforça a importância de unidades dedicadas ao acompanhamento do doente diabético desde uma face precoce.

CO-12-02

TUMOR NEUROENDÓCRINO PANCREÁTICO NÃO PRODUTOR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sofia Xavier Pires, Filipe Gonçalves, Helena Sarmento, Jorge Cotter
HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Os tumores neuroendócrinos pancreáticos constituem cerca de 40% de todos os tumores neuroendócrinos gastropancreático-duodenais. Originários em células da crista neural, apenas 30% apresentam fenótipo produtor. Trata-se de um caso clínico de um paciente do sexo masculino, 77 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial grau II, dislipidemia, doença cerebrovascular e epilepsia. Apresentava dor lombar em moedeira de grande intensidade com mais de três meses de evolução, que não cedia a anti-inflamatórios não esteróides. Sem outras queixas. Exame objectivo sem alterações de nota. Realizou Tomografia computorizada (TC) de coluna que revelou extensa área de osteocondensação no corpo vertebral de L3, L5 e S1. Realizou estudo analítico alargado, do qual se salienta: imunoglobulinas normais, electroforese de proteínas séricas normal, PSA, B-HCG, alfa-fetoproteína negativas, sem proteinúria na Urina de 24h, sem contacto com o vírus B, C ou HIV, serologia luética negativa, IGRA negativo, sem contacto com Borrelia ou Brucela. Realizou Ressonância Magnética que mostrou lesões hiposinal em T1 e T2, hipersinal em STIR, correspondente a provável lesão tumoral de etiologia secundária. TC-Toraco-abdomino-pélvico sem alterações de nota. Endoscopias alta e baixa sem alterações. Ecografia pélvica e prostática sem alterações. Realizou biópsia ósse dirigida de lesão de corpo vertebral de L4, que revelou metastização de carcinoma neuroendócrino. Solicitado PET-DOTANOC, com evidência de um foco intensamente ávido a nível pancreático, em relação com neoplasia primitiva, e múltiplos focos a nível ósseo e um hepático no segmento VI, compatíveis com lesões secundárias. Doseamento de gastrina, peptídeo C e insulina normais, cromogranina A aumentada. Eco-endoscopia sem alterações. Iniciou terapêutica com Lanreotido, com boa resposta.

CO-12-03

HIPOPITUITARISMO NUM JOVEM COM TUMOR SUPRASELAR RARO

Patrícia Cipriano, Ana Isabel Pedroso, Manuel Toscano, Vanessa Henriques, Ana Rafaela Alves, Conceição Marques, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS, SERVIÇO DE MEDICINA I

O hipopituitarismo refere-se à diminuição da secreção hormonal hipofisária, associado a doença da própria glândula ou do hipotálamo. O seu diagnóstico é um desafio, pela apresentação clínica fruste ou inespecífica, associada quer ao défice hormonal quer a sintomas neurológicos. Os autores apresentam o caso de um jovem de 28 anos, sem antecedentes relevantes. Referia anorexia não selectiva, astenia e cansaço fácil de agravamento progressivo, perda ponderal de cerca de 10% do peso total associada a perda da habitual distribuição pilosa e disfunção eréctil com cerca de um ano de evolução. Referência ainda a cefaleia holocraniana recorrente e perda da acuidade visual no olho esquerdo; apresentava-se emagrecido sem outras alterações além de hemianopsia temporal esquerda. Alterações hormonais compatíveis com panhipopituitarismo hipogonadotrófico, sem outras alterações a destacar: testosterona < 20ng/dL com LH baixa (<0.22mUI/mL), cortisol diminuído (2.9pg/dL) com ACTH normal baixa (12.1ng/dL), factor 1 do crescimento (IGF-1) baixo (29.3ng/mL), TSH normal (1.18µg/mL) com T4 livre ligeiramente diminuída (8.7pmol/L). Prolactina e ADH normais. Ressonância magnética cranioencefálica identificou volumosa lesão supraselar com extensão caudal à sela turca alargando-a e comprimindo o quiasma e a glândula hipofisária e a observação oftalmológica confirmou atrofia óptica bilateral. Feita abordagem transesfenoidal com ressecção parcial da lesão. O exame anatomopatológico revelou uma lesão benigna, negativa para ACTH, GH, LH, FSH, THS e prolactina o que exclui adenoma da hipófise. As características são compatíveis com um tumor de células granulares da neurohipófise, um tumor raro com comportamento benigno por vezes recorrente, denominado tumor de Abrikossof. A clínica e o diagnóstico diferencial do hipopituitarismo são um desafio diagnóstico. Este caso reflecte ainda a raridade do tumor de células granulares da hipófise, com apenas 81 casos descritos em toda a literatura.

CO-12-04

SERÁ O INTERNAMENTO DE MEDICINA UMA JANELA DE OPORTUNIDADE PARA A PESSOA COM DIABETES?

Telma Elias, Cármen Ferreira, Sónia Gonçalves, Isabel Martins, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO - ABRANTES SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Diabetes Mellitus (DM) constitui o paradigma da doença metabólica multissistémica. Tem crescente e elevada prevalência na população portuguesa motivando cerca de 100000 internamentos/ano, sendo a maioria no serviço de Medicina Interna (MI). Em 2014 cerca de ¼ das pessoas que morreram nos hospitais tinham DM. Os autores avaliaram a abordagem da pessoa com DM em internamento de MI como forma de auditar a qualidade assistencial. Efetuada análise retrospetiva dos episódios de internamento com diagnóstico principal ou secundário de DM de 1/11 a 31/12/2015, através de consulta do processo clínico electrónico. Dos 197 doentes, 44,1% do género feminino, com uma média de idade 77 anos. A hipertensão foi o fator de risco cardiovascular (FRCV) mais frequentemente associado (79,2%), sendo que 44,2% tinha ≥3 FRCV. A demora média foi de 13 dias, a taxa de reinternamento aos 30 dias 22,3% e a mortalidade hospitalar 15,7%. A DM foi diagnóstico inaugural em 12 episódios. Ocorreu descompensação aguda em 39 casos (19,8%): 89,5% com.

hiperglicemia (29,5% com critérios de hiperosmolaridade e 23,5% com critérios de cetoacidose) e os restantes 10,3% com hipoglicemia. A hemoglobina glicada foi avaliada em 44,2% dos casos, sendo que 7,1% tinha essa análise feita há menos de 3 meses, com valor médio de 7,7%. O registo completo de repercussões órgão-alvo foi efectuado em poucos casos (42): 42,9% com nefropatia; retinopatia em 14,3%; neuropatia presente 11,9%; doença arterial periférica em 31,0%; A Doença cerebrovascular foi motivo de internamento em 15,2% dos casos. Dos 41 episódios em que houve alteração da prescrição 82,9% foram anti-diabéticos orais. À data da alta 25,9% sob insulinoterapia. A abordagem da pessoa com DM parece ser um bom modelo para inferir a qualidade assistencial num serviço de MI. Notou-se sensibilidade por parte dos médicos, aproveitando o tempo de internamento destes doentes para conferirem o controlo metabólico e possível necessidade de ajuste terapêutico

CO-12-05

QUEM PROCURA ENCONTRA – UMA MASSA DOIS DIAGNÓSTICOS.

Rui Osório, André Florêncio, Catarina Mendonça, Ana Lopes.
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE EPE – UNIDADE DE FARO.

Os paragangliomas são tumores neuro-endocrinos raros que derivam do tecido simpático (supra renal e extra supra-renal) ou do parassimpático. A maioria é benigna e estão intimamente relacionados com os feocromocitomas. Os paragangliomas simpáticos são, geralmente, secretores de catecolaminas e encontram-se sobretudo no tórax, abdómen e pélvis. Têm apresentações clinicas associadas ao excesso de catecolaminas, como hipertensão arterial, cefaleias, palpitações e perda ponderal. Por outro lado, os parassimpáticos não secretam catecolaminas, encontram-se, preferencialmente, na cabeça e pescoço e manifestam-se inicialmente por efeito de massa. A imagiologia é importante tal como o doseamento de catecolaminas séricas e na urina. O diagnóstico genético destes tumores toma especial importância na abordagem e seguimentos dos mesmos. No diagnóstico diferencial, de acordo com a sua localização, devemos considerar outros tumores neuroendocrinos, linfomas, hemangiomas ou patologia tireoidea. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 70 anos, assintomática e hipertensa controlada, seguida em consulta há vários anos por gamapatia de significado indeterminado. Foi referenciada ao serviço de urgência por visualização em TC toracica de massa na região supraclavicular esquerda que se prolonga para o mediastino superior. Sem alterações analíticas para além da hipergamaglobulinémia, nomeadamente doseamento hormonal e função tiroideia. Após tumorectomia a histopatologia revelou tecido tiroideu com hiperplasia nodular e tiróidite linfocitica e noutro fragmento paraganglioma (cromogranina e sinaptofisina positivas, AE1/AE2 e CAM 5 negativos). A cintigrafia com MIBG 123I revelou fixação ao nível da região cervical correspondente a massa tiroidia mas não sugestiva de paraganglioma. Embora raros os paragangliomas devem sempre fazer parte do diagnóstico diferencial de lesões ocupantes de espaço do mediastino. Os autores pretenderam, deste modo, realizar uma revisão do tema.

CO-12-06

ALOPECIA UNIVERSAL... A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Irina Almeida, Carlos Ramalheira, Filipa Gomes, Filipa Carvalho, Rita Dutschmann
HOSPITAL FERNANDO FONSECA

O hipopituitarismo caracteriza-se pela deficiente produção de hormonas pituitárias. As causas incluem: tumores, destruição infeciosa/inflamatória/traumatica ou necrose pós-parto. Apresentamos o caso de uma mulher de 49 anos, com antecedentes de Tiroidite de Hashimoto e amenorreia com seis anos de evolução; Alopécia universal com um ano de evolução. Da história ginecológica apura-se que não conseguiu amamentar após o parto. Internamento para esclarecimento de quadro de astenia, dor abdominal, hipoglicemia recorrente e hipotensão. À observação destacava-se alopecia universal, palidez das mucosas. Analiticamente destacava-se Hb: 8,9 g/dL, normocitica, normocromica. Admitiu-se insuficiência da supra-renal aguda, tendo iniciado corticoterapia, com melhoria dos valores de glicemia e perfil tensional. Os doseamentos hormonais revelaram: ACTH <1,60 pg/mL, aldosterona <0,80ng/dL (indoseáveis), IGF-I 45,04 ng/mL (92,70-244,60 ng/mL); TSH: 5,33 mUI/L; FT4: 0,65 ng/dL; FSH: 31,3 mUI/L; LH: 31,59 mUI/L; Prolactina: 18.73 ng/mL. Realizada prova de estimulação da Supra-Renal com aldosterona e cortisol indoseável aos 0´, 30´ e 60´, assumindo-se insuficiência supra-renal secundária por hipopituitarismo com preservação da produção de TSH, LH e FSH. A ressonância magnética crânio-encefálica mostrou "parênquima hipofisário de espessura muito reduzida, em provável contexto de lesão sequelar". Atendendo aos antecedentes pessoais, período de evolução e resultados analíticos, admitiu-se provável necrose pituitária pós-parto. Iniciou reposição com fludrocortisona e hidrocortisona, orientada à consulta de Endocrinologia. A Síndrome de Sheehan (necrose da glândula pituitária), descrita em 1937, é uma complicação pós-parto rara. O aumento desta glândula durante a gravidez torna-a sensível a alterações do volume sanguíneo. As manifestações clínicas podem aparecer logo após (normalmente a impossibilidade de amamentar), ou muitos anos após o parto, podendo o seu diagnóstico ser atrasado.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3**

MODERADORES: **LÉLITA SANTOS**, **ESTEVÃO PAPE**

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS

CO-13-01

DIABETES E ANTIDIABÉTICOS: UM ATALHO PARA O CANCRO?

Andreia Nunes, Pedro Antunes, Conceição Escarigo, Rita Nortadas, Estevão Pape
HOSPITAL GARCIA DE ORTA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: O cancro e a diabetes mellitus (DM) são doenças crónicas multifatoriais com grande impacto mundial. Estudos têm mostrado maior risco de alguns tipos de cancro em diabéticos por insulinorresistência, hiperinsulinémia, aumento do stress oxidativo, estado pro-inflamatório e algumas terapêuticas antidiabéticas. OBJECTIVOS: Estudar os diabéticos com patologia oncológica quanto às neoplasias mais frequentes e relação com terapêutica antidiabética (insulina, incretinomiméticos, glitazonas). MÉTODOS: Estudo retrospetivo descritivo de diabéticos com neoplasia seguidos em consulta de Medicina/Diabetes em 2015. Por consulta do SAM e tratamento em Excel 2016, avaliaram-se dados demográficos, clínicos e terapêuticos. RESULTADOS: Dos 411 diabéticos seguidos em consulta, 56 tinham história de neoplasia (N=56); 55% eram homens e a mediana de idades foi de 77 anos. Tratava-se de DM tipo 2 em 88% dos casos e a HbA1c mediana era de 7.9%. A maioria tem outras comorbilidades, sendo as mais comuns, hipertensão arterial, doenças dos aparelhos circulatório e genitourinário. Em 77% dos doentes o diagnóstico de neoplasia foi posterior ao de DM (Me=13 anos), dos quais 47% eram insulinotratados com dose total diária mediana de 40 unidades; as neoplasias mais comuns eram da pele e mama. No grupo dos incretinomiméticos (21%) neoplasias mais comuns eram da pele e bexiga e no das glitazonas (5%) eram as neoplasias da pele e próstata. CONCLUSÕES: A maioria dos doentes teve o diagnóstico de neoplasia posterior ao da DM, sendo as neoplasias mais frequentes as da pele, mama, bexiga e próstata. Das terapêuticas avaliadas, a insulinoterapia foi aquela em que se verificaram mais casos de neoplasias. Atendendo à evidência científica atual, é importante discutir a abordagem terapêutica em doentes com neoplasia e a necessidade de mais investigação na gestão das opções terapêuticas de forma a minorar o risco oncogénico em doentes diabéticos.

CO-13-02

QUANDO AS PERDAS DE CONHECIMENTO DE REPETIÇÃO NÃO SÃO DE CRISES VASOVAGAIS – DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

José Pereira, Tânia Sales Marques, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Doente de 83 anos de idade do género feminino, internada por episódios de lipotimia há cerca de dois meses. Apresentava antecedentes pessoais de hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, doença renal cronica em estadio 3, dislipidémia e hiperuricemia. Recorre ao serviço de urgência após episodio de perda de conhecimento, matinal, detetando-se hipoglicémia de 30mg/dl. Foi realizado estudo exaustivo das causas de hipoglicemia no adulto. Exclui-se iatrogenia medicamentosa como o uso de fármacos hipoglicemiantes (insulina e secretagogos) ou défices hormonais (cortisol, catecolaminas, glucagon). Foram pedidos doseamentos de insulina, péptido C e pro-insulina em crise de hipoglicemia de 30mg/dl, assim como exames de imagem Tomografia computorizada e ressonância magnética abdominais, que foram inconclusivos para patologia pancreática. Face ao resultado do doseamento de pro-insulina elevado 16.8 e mantendo hipoglicemias persistentes diárias de predomínio matinal, prosseguindo-se o estudo com Tomografia de Emissão de Positrões com Gálio e marcador especifico para recetores da somatostatina e para tumores neuroendócrinos, que identificou a presença de um nódulo com cerca de 1cm de diâmetro na região cefálica do pâncreas, confirmando a hipótese de diagnostico inicial de insulinoma. A doente foi proposta para intervenção cirurgia dado ser esta a terapêutica de eleição para estes tumores.

CO-13-03

DOENÇA DE ADDISON: UM DISTÚRBIO INDOLENTE

Sara Moreira Pinto, Rute Lopes Caçola, Sara Castelo-Branco, Paulo Ferreira, Rui Môço
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS – HOSPITAL PEDRO HISPANO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

A doença de Addison é uma entidade rara, que ocorre em cerca de 39-60 pessoas por milhão. Os sinais e sintomas dependem normalmente da extensão da perda do córtex das glândulas suprarrenais, sendo que na maior parte dos casos as alterações instalam-se de forma gradual, o que dificulta o diagnóstico, havendo risco de crise suprarrenal aguda e morte por falência glandular. Apresentamos o caso de uma mulher, 36 anos, com hipotiroidismo desde 2009 e sem antecedentes familiares relevantes. Recorreu ao serviço de urgência com quadro indolente com 7 meses de evolução de mal-estar geral, astenia, náuseas, vómitos e epigastralgias. Estava hipotensa e apresentava hiperpigmentação gengival e cutânea generalizada e cicatrizes quelóides tipo colagenomas. Da investigação destaca-se atrofia suprarrenal bilateral em tomografia computorizada, doseamento de cortisol matinal <0.1 mcg/dL e aldosterona 1,3 ng/dL, com anticorpos anti-suprarrenal e anti-21-hidroxilase positivos. Foi assumida Insuficiência suprarrenal primária (ISRP) – Doença de Addison, tendo sido medicada com glucocorticoide e mineralocorticoide endovenosos que, a par da infusão de cristaloides e coloides, condicionaram excelente resposta clínica. Do restante estudo realizado, destaca-se a presença de anticorpos anti-tiroideus positivos e consequente diagnóstico de tiroidite auto-imune. Teve alta medicada com hidrocortisona oral 20mg tid e levotiroxina 75mcg id. Os autores apresentam este caso, profusamente ilustrado, para alertar para esta patologia potencialmente fatal, que exige rápida instituição terapêutica, e que é frequentemente subdiagnosticada já que requer um alto nível de suspeição, uma vez que as queixas podem fazer pensar noutros quadros clínicos. Como diagnóstico diferencial e tendo em conta os antecedentes de tiroidite auto-imune da doente, discute-se também a possibilidade de Síndrome Poliglandular Auto-imune.

CO-13-04

UM CASO DE CRISE TIREOTÓXICA REFRACTÁRIO À TERAPÊUTICA MÉDICA

Patrícia Gomes Pereira, Daniel Rei, Daniel Alves, Diogo Martins, Luis Coelho, Joana Silvestre, Bernardino Valério, Vitor Mendes, Camila Tapadinhas, Pedro Póvoa
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

INTRODUÇÃO: A Crise Tireotóxica (CT) é uma emergência endocrinológica, que se associa a elevada morbilidade e mortalidade que pode ultrapassar os 10 a 30%. CASO CLÍNICO: Homem, 80 anos, com história conhecida de cardiopatia hipertensiva com Insuficiência Cardíaca (IC), fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2 e hipertiroidismo, não medicado. Foi internado por IC agudizada secundária a traqueobronquite aguda. Apesar da descida de parâmetros inflamatórios, apresentava prostração, confusão mental, febre (≥38,5ºC, sem resposta aos antipiréticos) e taquidisritmia refractária. Analiticamente com cetoacidose diabética, hipernatrémia, hipercalcémia e TSH<0,02 µU/ml; fT4 livre (fT4L)>90 pmol/L e fT3 livre>35 pmol/L (acima do limite superior de detecção). Por CT foi internado na UCI e iniciou terapêutica com propiltiuracilo, propranolol, hidrocortisona, colestiramina e lugol. Apesar da terapêutica médica optimizada, verificou-se manutenção do estado neurológico, taquidisritmia e hipertensão arterial de difícil controlo, fT4L acima do limite de detecção com TSH suprimida. Iniciou plasmaferese (total 11 sessões) com descida apenas transitória dos níveis de fT4L após cada sessão (valor máximo fT4L 807 pmol/L –após 2ª sessão - e valor mínimo 59 pmol/L) e manutenção do quadro neurológico. Apresentava ainda hiperparatiroidismo primário (hipercalcémia mantida; PTH 137pg/ml e vit.D 59 pmol/L). Dada a refractariedade do quadro foi realizada tiroidectomia total e paratiroidectomia (histologia: tiróide hiperfuncionante e adenoma de células oxifílicas da paratiróide), com controlo do quadro endocrinológico. No entanto, o doente evoluiu em falência multiorgânica acabando por falecer ao 70º dia de internamento. CONCLUSÃO: A abordagem da CT é uma emergência. Não é frequente a refractariedade à terapêutica médica, mas por vezes é necessário associar plasmaferese e mais raro ainda a cirurgia para controlo do quadro. Apesar disso a CT continua a estar associada a elevada mortalidade.

CO-13-05

UM CASO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Johana Martins Jesus, Teresa Souto Moura, Catarina de Almeida Rodrigues, Cleide Barrigoto, Carla Maravilha, Maria Helena Amorim, José Rola
HOSPITAL DE S. JOSÉ - MEDICINA 1.4

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial Secundária (HTAS) é um desafio diagnóstico, sendo o Hiperaldosteronismo Primário (HP) uma das causas mais comuns de HTAS. CASO CLÍNICO: Mulher, 56anos, com antecedentes de HTA com 10 anos de evolução orientada para a consulta hospitalar de Hipertensão por difícil controlo tensional, apesar de vários ajustes terapêuticos. Ao exame objetivo apresentava-se hipertensa (TA 180/90mmHg) e com excesso de peso (IMC 28kg/m2). Do estudo analítico efetuado (sob nifedipina e perindopril) destaque para hipocaliemia (2,9) e razão aldosterona sérica/renina ativada >30 (aldosterona de 32ng/dL). Neste contexto foi efetuada prova de sobrecarga salina oral (sob nifedipina, doxazosina e suplementação oral de potássio) constatando-se na urina de 24h: aldosterona de 11ug/24h (zona cinzenta) e sódio validando o teste (223mEq). A tomografia computorizada demonstrou lesões hipodensas e de contornos regulares nas suprarrenais, 22mm à direita (SRD) e 9mm à esquerda (SRE), sugestivas de adenomas. Face aos resultados e impossibilidade de efetuar colheita sanguínea das veias suprarrenais, optou-se por realizar cintigrafia com iodocolesterol que demonstrou: captação do radiofármaco na SRD não se identificando captação anómala na SRE, favorecendo a presença de adenoma funcionante da SRD não se podendo concluir sobre o funcionamento do adenoma da SRE tendo em conta as reduzidas dimensões e o limiar de resolução espacial da técnica (15mm). Optou-se por tratamento médico com antagonista da aldosterona dado não se poder excluir doença bilateral. Atualmente sob espironolactona 100mg e nifedipina 30mg com valores tensionais e caliemia normais. CONCLUSÃO: Este caso clínico exemplifica as dificuldades na abordagem diagnóstica dos doentes

com HP com implicações clínicas e terapêuticas. É fundamental uma abordagem sistematizada dos doentes com potencial HTAS de forma a se estabelecer o diagnóstico correto para tratamento dirigido e redução do risco cardiovascular.

CO-13-06

ANEMIA COMO MARCADOR DE PIOR PROGNÓSTICO NO SÍNDROME METABÓLICO

Marta Freixa, André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

INTRODUÇÃO: A relação entre síndrome metabólico (SM) e anemia não está claramente estabelecida mas parece existir, associada ao estado pró-inflamatório. OBJECTIVOS: Estudar a coexistência entre anemia e SM e o seu valor prognóstico. MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo com análise de 144 processos clínicos de doentes com SM, desde a admissão em consulta até à última avaliação clínica. Síndrome metabólico foi definido segundo os critérios AHA/NHLBI 2005 e anemia como Hb<13 ou <12 mg/dL no género masculino e feminino, respectivamente. Definiu-se dois grupos: com anemia à admissão (G1, n=49) e sem anemia (G2). Considerou-se eventos as doenças desenvolvidas após a admissão. RESULTADOS: (1) Em G1 a idade média foi superior (64,0±13,6 vs 55,9±12,6 anos; p=0,001), o género feminino mais prevalente (71,4vs18,9%; p<0,001) e com menor tempo de seguimento (5,2±3,9vs5,9±3,4 anos; p=0,268) (2) Relativamente aos critérios de SM os grupos eram homogéneos: a maioria tinha somente 3 critérios de SM (38,8vs20%; p=0,184); mas G2 com percentagem superior de doentes com >4 critérios (23,8vs21,7%; p=0,796). (3) G1 apresentou: maior prevalência de doença renal crónica (DRC, 20,4vs5,4%; p=0,006), fibrilhação auricular (22,4vs5,4%; p=0,002), hipertensão arterial (89,6vs73,4%; p=0,025) e insuficiência cardíaca (52,9vs17,2%; p=0,010); menor consumo de álcool (14,3vs36,8%, p=0,005) e tabagismo (12,2vs34,4%, p=0,005). (4) No G2 verificou-se maior tendência para ocorrência de >1 evento (58,9vs42,9%; p=0,067), destacando-se esteatose hepática (40vs18,4%; p=0,009). No entanto, G1 teve maior prevalência de diabetes mellitus (39,5vs21,1%; p=0,032) e DRC de novo (44,9vs12,9%; p<0,01). (5) A taxa de mortalidade de G1 foi superior (16,3vs10,5%; p=0,319). CONCLUSÕES: Na nossa amostra, apesar da inexistência de relação directa entre os actuais factores que definem o SM e anemia, esta surge associada a maior número de comorbilidades, sobretudo cardiovasculares, pior prognóstico e maior mortalidade.

SÁBADO - 28 - 08H00 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3**

MODERADORES: **ÁLVARO COELHO**, **PAULO SUBTIL**

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS

CO-14-01

TROMBOSE E HIPERTIROIDISMO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Frederico Trigueiros, Joana de Paiva Simões, Catarina Madaleno, Nuno Jacinto, Ema Nobre, Ana Júlia Oliveira Pedro, Rui M. M. Victorino, João Meneses Santos
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE; SERVIÇO DE MEDICINA 2, CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MEDICINA

Os estados pró-trombóticos são de origem congénita ou adquirida, reconhecendo-se que determinados distúrbios de per se sejam suficientes para causarem os fenómenos de trombose, mas que noutras situações clínicas estes só ocorram perante a associação de diversas anomalias. Os autores apresentam um caso de trombose da veia subclávia direita em que admitem que um estado de hipertiroidismo possa ter sido contributivo dessa ocorrência. Mulher de 45 anos, com o diagnóstico de doença de Graves, é internada 2 meses depois deste diagnóstico por edema do membro superior direito, tendo-se identificado trombose da veia subclávia desse membro. Referia toma de contraceptivos orais desde há vários anos. Tinha: Hb 13.0 g/dL, Leucócitos 7.84x10^9/L, Plaquetas 320x10^9/L, INR 0.93, aPTT 30.3/29, D-dímeros 0.43 µg/mL, função renal normal, AST 89 U/L, ALT 206 U/L, TSH <0.008 µU/mL (0.55-4.78), FT3 - 4.39 ng/mL(2.3-4.2), FT4 - 2.39 ng/dL (0.80-1.76), TRAb 98.60 U/L (≤ 1.22), antiTPO > 1000 U/L, anti-TG < 20 U/L, anticoagulante lúpico, anti-β2-glicoproteína1 e anticardiolipina negativos, proteína S 108% (53-109), proteína C 101% (70-130), antitrombina III 64%(80-120), fibrinogénio 410 mg/dL (200-400), FV sem mutação de Leiden, mutação heterozigótica G20210A da protrombina e homocisteinémia em valores normais. Iniciou anticoagulação com enoxaparina, e posteriormente com rivaroxabano, tendo-se controlado o hipertiroidismo com metibasol. A função tiroideia tem sido reconhecida como sendo capaz de interferir no sistema coagulação – fibrinólise, influenciando-o no sentido da hipercoagulabilidade em contexto de hiperfunção e no sentido contrário em contexto de hipofunção. Os autores admitem que o hipertiroidismo causado pela doença de Graves tenha sido decisivo do fenómeno de trombose ao associar-se a duas situações de risco trombótico ligeiro, constituídas pela heterozigotia para a mutação 20210A da protrombina e pela toma de contraceptivos orais.

CO-14-02

A SEPSIS QUE NÃO O ERA

João Gonçalves, Inês Furtado, Andrea Mateus, Joana de Castro Rocha, Fernando Gonçalves, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A marcha diagnostica perante a presença da hiponatremia é um dos desafios mais comuns apresentado ao internista. Contudo, a etiologia é muitas vezes pouco clara. Homem de 76 anos, autónomo, com antecedentes de cardiopatia isquémica, DPOC; DAOP estando hipocoagulado pela realização de pontagem femuro-poplitea. Recorreu ao serviço de urgência por lipotimias e sensação de mal-estar geral com uma semana de duração e agravadas nesse dia. Hemodinamicamente estável e apirético. Analiticamente com hiponatremia grave hiposmolar, urina hiperosmolar e sem supressão do sódio urinário. Sem consumo de tiazidas ou introdução recente de fármacos. Às 24h de estada hospitalar desenvolve clinica de infeção respiratória, insuficiência respiratória, hipotensão inicialmente refratária a fluidoterapia e sinais de broncoconstrição iniciando curso de corticoide sistémico. Verificada subida de marcadores inflamatórios e lesão renal aguda pelo que o quadro foi assumido como sepsis de ponto de partida pulmonar sendo a hiponatremia incluída neste contexto. No internamento verificou-se melhoria clínica e rápida resolução da hiponatremia que contudo recidivou apos suspensão de corticoide. Realizado estudo a demonstrar diminuição dos valores séricos de cortisol e de todas as hormonas de produção hipofisária. Realizado TC a relatar a presença de lesão expansiva na sela turca compatível com macroadenoma hipofisário. RMN a excluir compromisso vascular ou neurológico. Revendo caso assume-se que o quadro de hipotensão inicial poderá ter ocorrido na consequência de hipocortisolismo em doente com panhipopituitarismo. Após introdução de suplementação com hidrocortisona e levotiroxina observou-se resolução da hiponatremia e da sintomatologia associada. Este caso demonstra a dificuldade por vezes encontrada no estudo etiológico das hiponatremias. Reforça-se o papel do ionograma urinário que a admissão, na ausência de sinais de diminuição do LEC, sugeria uma hiponatremia euvolémca.

CO-14-03

PERFIL E CASUÍSTICA NUMA CONSULTA DE DIABETOLOGIA.

Lúcia Meireles Brandão, António Ferreira, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Joana Rodrigues, Carmélia Rodrigues, Cristina Roque, Diana Guerra
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução:A diabetes mellitus (DM) constitui um dos maiores desafios de saúde no século 21. Objetivos:Caracterização de um grupo de doentes com DM, análise dos fatores de risco vascular, perfil metabólico e estratégias terapêuticas seguidas. Métodos:Estudo observacional retrospetivo, com inclusão aleatória de 300 doentes com DM seguidos em consulta de Diabetologia durante 3 anos. Os dados foram recolhidos entre a primeira e a última consulta realizadas no período referido, através do SClínico e a análise

estatística realizada em Excel®. Resultados:Na população estudada o tempo médio de doença é de 17 anos; destes 61,7% são homens, a idade média dos doentes é 62,6 anos e 83,3% tem DM tipo2. O período médio de observação foi de 22 meses. O índice de massa corporal médio manteve-se estável e houve uma diminuição da hemoglobina A1C média de 8,4% para 7,3%. Da primeira para a segunda observação verificamos uma intensificação da terapêutica antidiabética (monoterapia de 30,3 para 21%, terapia dupla de 38,3 para 38,7%, terapia tripla de 21,7 para 26% e com mais três fármacos de 8 para 14,3%). Há registos de ocorrência de hipoglicemias em 22,7%. Presença de hipertensão arterial em 78,2%, dislipidemia em 62,7%, obesidade em 42,7%, sedentarismo em 38,7% e tabagismo em 9,3% dos casos. Quanto aos níveis de colesterol 83% dos doentes apresentavam LDL>70 mg/dl e 75,3% HDL<60 mg/dl. 25,3% tinham um clearance de creatinina <60ml/min. A complicação microvascular mais frequente foi a nefropatia (30,7%) sendo a doença coronária a complicação macrovascular mais encontrada (14%). O risco cardiovascular global médio pelo ASCVD risk score era elevado (28,9%). Encontramos 77% dos doentes medicados com hipolipemiantes, 72,6% com terapêutica anti-hipertensora, 41,3% com antiagregação plaquetária e 4% com hipocoagulação oral. Conclusão:Constatamos uma evolução favorável na orientação e acompanhamento destes doentes com um todo, assim como a intensificação das terapêuticas instituídas.

CO-14-04

NEM TUDO O QUE PARECE É

Ana Rita Costa, Inês Henriques Ferreira, João Maia, Patrícia Fragata, Teresa Mendonça, João Araújo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O reconhecimento precoce é dos passos mais importantes para a melhoria do outcome dos doentes com sépsis grave. No entanto, é pertinente ter em mente que nem todas as manifestações clínicas e analíticas são exclusivas desta entidade. Apresenta-se o caso de uma mulher de 67 anos sem antecedentes patológicos de relevo que recorre ao serviço de urgência com clínica de infeção respiratória frustre com uma semana de evolução. Quadro asténico com meses de evolução agravado neste contexto. À admissão prostrada, febril, hipotensa, taquicárdica, com extremidades frias e prolongamento do tempo de preenchimento capilar. Insuficiência respiratória ligeira. Radiologicamente sem imagem de condensação pulmonar. Apesar da ligeira melhoria do quadro neurológico com a fluidoterapia manteve perfil hipotensivo, sem outras disfunções de órgão. Assumida sépsis grave com ponto de partida respiratório e a doente foi tratada como tal. No entanto, pela hipotensão refratária, ausência de disfunções de órgão e resolução quase instantânea do quadro séptico aparentemente grave poucas horas após início de antibioterapia foi doseado o cortisol plasmático que se revelou baixo. ACTH normal, TSH elevada, com frações livres baixas, FSH e LH baixas e prolactina normal. Ressonância magnética cerebral a revelar hipoplasia hipofisária. Após melhor exploração da história médica passada a doente relata história de três gravidezes, a última resultante em aborto espontâneo no 2º trimestre e complicada de choque hemorrágico. Dificuldades na amamentação dos dois filhos por baixa produção de leite. Assumida síndrome de Sheehan e iniciada terapêutica de substituição hormonal com melhoria sintomática. Com este caso, mais do que relatar uma patologia rara, pretende-se alertar para a necessidade de elevada suspeição clínica de outras patologias, nomeadamente insuficiência adrenérgica, nos casos de aparente sépsis grave nos quais a clínica/evolução não são exclusivamente justificadas pelo quadro séptico.

CO-14-05

ATIPIA FOLICULAR DE SIGNIFICADO INDETERMINADO – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

José Pedro Leite, Bráulio Gomes, João Daniel Melo, Mercedes Agúndez, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, HOSPITAL GERAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Introdução: A classificação de Bethesda é hoje um método validado de classificação citológica do nódulo da tiróide submetido a Citologia Aspirativa por Agulha Fina (CAAF). A terceira categoria desta classificação, Atipia Folicular de Significado Indeterminado (AFSI), é o grupo diagnóstico de abordagem mais controversa. O presente trabalho procura analisar o seguimento de doentes com patologia tiroideia cuja CAAF foi de AFSI. Método: Foram analisadas um total de 340 CAAF correspondentes aos doentes com patologia nodular da tiróide seguidos em Consulta de Medicina Interna pelo período de um ano. Resultados: Das 340 CAAF analisadas, 33 (9.7%) foram classificadas como AFSI, correspondendo a 29 mulheres e 4 homens, com idade média 58,8 anos. 17 doentes (51,5%) apresentavam bócio multinodular e 16 (48,5%) nódulo único. O tamanho médio do nódulo abordado foi de 24,8mm. Dos 33 doentes com AFSI, 31 mantiveram seguimento em Consulta. Desses, 15 (48,9%) repetiram PAAF, 12 (38,7%) foram submetidos a Cirurgia e 3 (9,7%) mantiveram vigilância com controlo ecográfico. Dos 15 doentes que repetiram CAAF, a segunda citologia foi classificada como Benigna em 13 (86,7%), 1 como ASFI e 1 como maligna. Dos doentes submetidos a cirurgia, o resultado do estudo anatomo-patológico da peça cirúrgica foi classificado como benigno em 7 (58,3%) e maligno em 5 (41,7%). A percentagem total de nódulos malignos da série analisada foi de 19,3%. Conclusão: Os nódulos da tiróide classificados como AFSI carecem de clarificação quanto ao risco de malignidade ou de transformação maligna associado. A percentagem de nódulos malignos na série analisada foi superior à proposta pela classificação de Bethesda para esta categoria (5-15%). Apesar da recomendação para o AFSI seja de repetir a CAAF, a abordagem desta categoria deverá ser individualizada tendo em conta a história do doente, as características ecográficas e a suspeição clínica do Médico.

CO-14-06

ABORDAGEM DO DOENTE DIABÉTICO - PAPEL DO EXENATIDE

Sara Sarmento, André Rodrigues, Sara Donato, Dora Sargento, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - SERVIÇO DE MEDICINA III C DO HOSPITAL PULIDO VALENTE

INTRODUÇÃO: O Exenatide é um agonista do recetor do peptídeo-1 similar ao glucagon (GLP-1), com vantagens no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pela sua formulação semanal, ação antihiperglicemiante e redução de fatores de risco cardiovasculares. OBJECTIVOS: Avaliar o papel do Exenatide no controlo glicémico, perda ponderal e perfil lipídico, analisar reações adversas e possíveis fatores preditores de resposta. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo observacional de doentes com DM2 seguidos em Consulta de Diabetes que iniciaram Exenatide entre Março de 2014 e Setembro de 2015. Avaliaram-se registos do início do tratamento e em dois momentos de follow-up: 1-4 meses(M) e 6-10 M. RESULTADOS: 24 doentes, 54% mulheres, idade média: 63+-10,2 anos, IMC médio: 35,7 Kg/m2 e HbA1c média:8,3%+-1,1. Apenas 19 cumpriram o follow-up aos 6-10 M. Aos 6-10 M observou-se diminuição do valor de HbA1c em 68,4% (média 1,1% na HbA1c basal); perda ponderal em 84,2% (média 5,8% do peso basal); diminuição do Colesterol Total em 68,4%, do LDL em 68,4% e dos Triglicéridos em 63,2%, aumento do HDL em 68,4%. Dos casos que diminuíram HbA1c nos 1-4M que mantiveram seguimento, 81,8% reduziram HbA1c aos 6-10M (HbA1c basal média 8,5%). Em 5 casos (HbA1c basal média 7,8%) houve aumento da HbA1c aos 6-10M dos quais 2 apresentaram diminuição da HbA1c aos 1-4M (apenas 1,6% e 1,4% do valor basal).Dos casos com perda ponderal aos 1-4M que mantiveram seguimento, todos tinham peso menor que o basal aos 6-10M. Ocorreram reações adversas em 79,2%, maioritariamente alterações cutâneas no local da

injeção (63,2%) e anorexia (42,1%), porém todas bem toleradas e de curta duração. CONCLUSÕES: O Exenatide mostrou-se eficaz no controlo glicémico, perda ponderal e redução do perfil lipídico. As reações adversas são frequentes mas bem toleradas e de curta duração. O valor basal de HbA1c e a avaliação precoce da resposta hipoglicemiante e da perda ponderal poderão constituir fatores preditores de resposta.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4**

MODERADORES: **ARSÉNIO SANTOS**
JOÃO ANDRADE

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS

CO-15-01

BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA: REALIZADA POR QUEM, PARA QUÊ E COM QUE COMPLICAÇÕES?

Ana Sousa, Sara Pires, Margarida Jacinto, Tiago Tribolet de Abreu.
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A biópsia hepática (BH) é um procedimento médico invasivo importante na avaliação diagnóstica, estadiamento e de decisão terapêutica de múltiplas doenças hepáticas. Habitualmente realizada por via percutânea, as recomendações actuais preconizam a sua realização em regime de ambulatório, com alta hospitalar após 6h de observação, período no qual ocorrem as principais complicações. Objectivos: Avaliar o perfil de segurança da BH na prática clínica. Métodos: Foram analisados retrospectivamente todos os doentes submetidos a BH no nosso hospital num período de 6 anos. Excluíram-se: biópsias hepáticas pós-mortem. Estudaram-se dados demográficos, parâmetros clínicos e anatomo-patológicos. Resultados: Foram incluídos 137 doentes, com idade média 51,3±2,9anos, 58,4% do sexo masculino (n=80). A principal indicação para realização da BH foi infecção pelo vírus hepatite C em 24,1% (n=33), seguido de avaliação de massa hepática em 21,9%(n=30) e alteração da enzimologia hepática em 19,7%(n=27). O objectivo primário foi diagnóstico em 67,2% (n=92), decisão terapêutica em 27,0% (n=37) e estadiamento em 2,9%(n=4). Quanto à especialidade: 51,8% foram realizados na gastroenterologia (n=71), 24,1% na imagiologia (n=33), 20,4% na medicina interna(n=28) e 1,5% na unidade de cuidados intensivos (UCI)(n=2). A taxa de complicações descritas foi de 0.73% (n=1), a complicação descrita foi pneumotórax e morte num doente da UCI. Apenas 12,4% dos doentes tiveram alta hospitalar no próprio dia (n=17). Este subgrupo tinha uma idade média de 48,7±2,7anos. A taxa de complicações descritas neste subgrupo foi 0%, sendo que nenhum dos doentes recorreu ao serviço de urgência nos dias subsequentes à alta. Na maioria dos doentes que tiveram alta no próprio dia o procedimento foi realizado no serviço de gastroeterologia (58,8%,n=10). Conclusão: Este estudo permitiu-nos concluir que a BH apresenta uma baixa taxa de complicações associadas o que afirma a sua aplicação em regime de ambulatório.

CO-15-02

A RARE AND PECULIAR DIAGNOSIS BEHIND DYSPNEA: AN UNFORTUNATE CASE OF ESOPHAGEAL PERFORATION

João Adriano Sousa, Vítor Magno Pereira, Inês Correia, Nicole Pestana, Carolina Aguiar, Joana Carvão, Catarina Nóbrega, Rafael Nascimento, Lino Nóbrega, Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SESARAM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

BACKGROUND: Initially described by Boerhaave in 1724, esophageal perforation has posed a diagnostic challenge to different generations of physicians around the world. Its unspecific clinical presentation frequently leads to a late diagnosis, contributing to its high morbidity and mortality rate. CASE REPORT: A 79-year-old female with a history of right breast cancer followed by radical mastectomy 30 years ago, type 2 diabetes, hypertension and chronic renal disease, presented to our emergency department with dyspnea, left thoracalgia, asthenia and small-effort dyspnea, with increasing intensity over the preceding 3 days. A chest x-ray revealed an extensive left pleural effusion. A thoracocentesis was then performed revealing a very dense pleural exudate and pleural fluid analysis showing an elevated number of polymorphonuclear cells, and a rather unexpectedly high level of LDH (6629 U/L) and amylase (538 U/L). Microbiological investigation of the chest fluid isolated Enterobacter asburiae and Pseudomonas aeruginosa. A CT scan revealed a small amount of air in the mediastinium, with the hypothesis of esophageal perforation gaining acceptance. A methylene blue dye test was then performed, revealing a leakage to the pleural cavity and to the pleural catheter. Endoscopy confirmed a considerably sized esophageal laceration and a partially covered esophageal prothesis was then placed under radioscopic assistance. Despite all the multidisciplinary efforts, her clinical condition kept deteriorating resulting in her death. DISCUSSION: Esophageal perforation is a rare and potentially life-threatening emergency, often presenting in uncommon or unusual ways, as presented in our case. Therapeutic options are diverse, controversial and often lead to an unsatisfactory outcome. CONCLUSION: Our case highlights the importance and challenges of a meticulous diagnostic and therapeutic approach to the early management of this clinical entity in an often elusive and difficult process.

CO-15-03

NEM TUDO O QUE PARECE É …. HEMATÚRIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA CELÍACA DO ADULTO

Sara Custódio Alves, Tânia Strecht, Catarina V. Oliveira, F. Lacerda Nobre
HOSPITAL DE CASCAIS- SERVIÇO DE MEDICINA

A doença celíaca (DC) ou enteropatia sensível ao glúten é uma doença imuno-mediada do sistema digestivo, que interfere com a digestão e absorção de nutrientes e causa atrofia vilosa de grau variável. Resulta de uma combinação de respostas imunológicas a um factor ambiental (gliadina) e a factores genéticos. A idade média de diagnóstico é 8.4 anos, havendo uma distribuição bimodal, com o primeiro pico aos 8-12 meses e o segundo na 3ª-4ª décadas de vida. Apesar de na forma clássica haver um atraso no crescimento e sintomas gastro-intestinais facilitando o diagnóstico, por vezes os doentes são assintomáticos ou têm sintomas extra-intestinais tal como anemia, osteopénia e diástase hemorrágica, tornando-se um desafio para o clínico. Os autores realçam a importância da DC no diagnóstico diferencial em doentes adultos, apresentando o caso de um homem de 44 anos admitido em internamento por hematúria macroscópica, com anemia microcítica ligeira e coagulopatia severa (INR 7.1). Após exclusão de outras causas, o diagnóstico final foi DC adulto, confirmada por serologia positiva e resposta à terapêutica.

CO-15-04

USO DE INIBIDOR DA BOMBA DE PROTÕES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Patrícia Cipriano, Ana Isabel Pedroso, Ana Rafaela Alves, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS, SERVIÇO DE MEDICINA I

Os inibidores da bomba de protões (IBP) são os mais potentes inibidores da secreção gástrica. Objectivo: Caracterizar a prescrição de IBP do ponto de vista profilático ou terapêutico. Métodos: Estudo transversal observacional de um dia de todos os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna. Considerou-se indicação terapêutica a presença de hemorragia digestiva alta e/ou doença ulcerosa; Em profilaxia considerou-se: a) Profilaxia de doença ulcerosa por anti-inflamatórios não esteróides, incluindo ácido acetilsalicílico em baixa dose, anticoagulação ou corticoterapia e b) Profilaxia da úlcera de stress. Resultados: Dos 93 doentes internados, 55 estavam medicados com IBP (esomeprazol). 56.4% (N=31) da amostra do sexo feminino, sendo a idade média da população 72,47 anos (±15,46). 5 doentes estavam correctamente medicados com dose terapêutica de IBP por doença ulcerosa activa. Dos restantes, 58% (N=29) tinham indicação para profilaxia de doença ulcerosa (11 por elevado risco de toxicidade gastrointestinal; 18 por risco moderado), mas 6 deles a fazê-lo em dose ou via de administração incorrecta. Apenas 4 doentes tinham indicação para profilaxia da úlcera de stress, e destes, 3 com indicação

simultânea para profilaxia de doença ulcerosa. Assim, 40% dos doentes sob IBP (N=20) estavam mal medicados, e apenas 6 fariam já IBP previamente. Foi ainda analisado o índice de Charlston adaptado à idade, média de 5.22 (±3,19) no subgrupo de doentes mal medicados (p = 0,121), pelo que não terá sido o maior número de comorbilidades a definir o início da terapêutica com IBP. Conclusão: Continua a prescrever-se de forma desnecessária IBP em doentes não críticos e sem indicação para profilaxia. Alerta-se com isto que, para além dos custos efectivos associados, o uso indevido e excessivo deste fármaco está também associado a um risco aumentado de pneumonia e infecção por Clostridium difficile, aumentando globalmente a morbilidade e os custos em saúde.

CO-15-05

COLITE ISQUÉMICA - REALIDADE DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

Joana Cascais Costa, Diogo Branquinho, Cátia Pereira, Catarina Lucas, Alexandra Fernandes, José Eduardo Pina Cabral, Adriano Rodrigues, Carlos Sofia
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B - HOSPITAL GERAL - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

O cólon é a região do tubo digestivo mais sujeita a processos de isquémia (50-60% dos casos). Este quadro clínico é muitas vezes sujeito a dúvidas diagnósticas pela inespecificidade do quadro. A isquémia pode dever-se a processos oclusivos tromboembólicos ou de hipoperfusão vascular e é um distúrbio comum em doentes idosos, polimedicados e com múltiplas comorbilidades. Por este motivo é relevante que, para o internista, seja um diagnóstico a ter em mente. Os autores apresentam uma descrição dos doentes internados com o diagnóstico de colite isquémica, tendo sido feita uma análise de 155 processos clínicos informáticos de doentes internados nos últimos 5 anos, sendo que 73% eram do sexo feminino, tinham uma média de idades de 75±14 anos e 86.5% eram residentes no domicílio. Em 71% dos doentes, o quadro de colite isquémica foi uma situação inaugural. Dos doentes observados, 86.5% foram admitidos pela urgência e as queixas mais comuns na admissão foram as hematoquézias em 99% dos doentes, a dor abdominal e diarreia. Os doentes apresentavam múltiplas comorbilidades: hipertensão arterial (72%), obstipação (38%), antecedentes de eventos vasculares major (34%) e diabetes mellitus (20%). Todos os doentes realizaram colonoscopia (56% com realização de biópsias). A leucocitose foi um achado recorrente em 92% dos doentes. O tratamento incluiu fluidoterapia, anticoagulação com enoxaparina em doses profiláticas, 68% necessitaram de antibioterapia e o antibiótico mais prescrito foi a ciprofloxacina em 55%. Devido à evolução apresentada 4.5% dos doentes avaliados precisaram de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Gastroenterológicos, 2.6% foram transferidos para o serviço de cirurgia e 2.6% faleceram. A colite isquémica é uma doença com bom prognóstico global e em doentes jovens, sem fatores de risco para doença arterial isquémica, deve ser efetuada uma caracterização mais assertiva para a ocorrência deste evento evitando o agravamento clínico dos doentes.

CO-15-06

UM CASO ATÍPICO DE SINDROME CONSTITUCIONAL

Joana Ferrão, Diego Carrasco, Sara Marote, João Vasco Barreira,Sara Santos
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS,CHPL

Apresentamos o caso de um homem de 54 anos com quadro consumptivo em evolução há cerca de um ano,caracterizado por perda ponderal,vómitos e intolerância alimentar. Trata-se de doente com historia social precária (sem abrigo), esquizofrenia, infecção pelo vírus hepatite C e alcoolismo. Foi internado para estudo etiológico, à observação apresentava emagrecimento importante e hepatomegalia sem mais alterações. Analiticamente com anemia microcítica hipocrómica (Hemoglobina 8,4g/dl, volume globular médio 71,1/fl) trombocitose 450000/L,sem leucocitose ou elevação de proteína C reactiva, sem disfunção renal ou hepática. Realizou avaliação imagiológica por TAC que mostrou estase alimentar gástrica prolongada, com estenose regular antropilórica. Neste contexto realiza endoscopia digestiva alta a revelar abundante conteúdo vegetal por digerir no lúmen e simultaneamente na face anterior do antro,a envolver terço distal da incisura gástrica, extensa úlcera ,profunda e de bordos regulares,com fundo nacarado e áreas de necrose a condicionar deformação do piloro, que se biopsou e cujo resultado foi negativo para atípia. Admite-se doença ulcerosa péptica deformativa da câmara de saída gástrica com distensão de orgão por fitobezoar. Apresentamos este caso pela sua pertinência no âmbito do diagnóstico diferencial de emagrecimento de etiologia não oncológica e inclusivamente pela sua infrequência na prática clínica actual.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4
MODERADORES:	ARSÉNIO SANTOS JOÃO ANDRADE

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS

CO-16-01

SÍNDROME DE BOUVERET: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luís Leite, Catarina Mota, Ana Margarida Carvalho, André Martins, Rui Victorino, Marisa Teixeira da Silva
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DE SANTA MARIA/ CHLN, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Introdução: O ileus biliar é uma causa rara de obstrução mecânica do intestino delgado. Ocorre por impactação de um cálculo biliar após a sua passagem através de uma fístula bilio-entérica. O local mais comum de impactação é o ileo terminal, gerando ileus biliar. Em casos mais raros este quadro pode ser precedido de uma fase de obstrução por impactação do cálculo a nível do piloro ou duodeno, originando quadro compatível com obstrução ao esvaziamento gástrico, conhecido por Síndrome de Bouveret. Caso Clínico: Mulher de 89 anos de idade, com antecedentes de litíase biliar assintomática documentada ecograficamente, admitida na urgência por quadro com dois dias de evolução de intolerância alimentar, náuseas e vómitos alimentares, negando alterações do trânsito intestinal. Ao exame objetivo apresentava mucosas desidratadas, SNG com drenagem de conteúdo bilioso e abdómen com ruídos hidroaéreos normais, indolor à palpação, sem defesa ou irritação peritoneal. Laboratorialmente sem parâmetros inflamatórios ou disfunção hepática. Rx abdominal sem níveis hidroaéreos e ecografia documentando litíase biliar não complicada. Dada a persistência do quadro durante 6 dias foi realizada TC abdominal que revelou nesta fase em cálculo no íleo, aerobilia e obstrução intestinal (Tríade de Rigler). Foi estabelecido o diagnóstico de Síndrome de Bouveret(obstrução ao esvaziamento gástrico) num primeiro tempo, com subsequente migração do cálculo para o íleo com impactação e sinais de oclusão intestinal. A doente foi submetida a enterolitotomia, com alta a D5 pós-operatório. Discussão: O caso é ilustrativo da dificuldade no diagnóstico do Síndrome de Bouveret, destacando-se a importância de um elevado grau de suspeição clínica para a sua confirmação.

CO-16-02

DIEULAFOY DO CÓLON

Nuno Reis Carreira, Inês Santos, Vitor Freitas, Sofia Salvo, Rita Santos, Helena Monteiro Nunes, Luís Vale, Madalena Lisboa, Helena Estrada
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - SERVIÇO MEDICINA 2.1, CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL E.P.E.

Introdução A doença de Dieulafoy caracteriza-se pela presença de uma arteríola exposta em zona de erosão do aparelho gastrointestinal, constituindo uma forma rara de hemorragia digestiva (1-2%), potencialmente fatal. Mais frequentemente de localização gástrica (70-75%), seguindo-se outras como duodeno (15%) ou cólon (1-5%). Caso Clínico Homem, 59 anos, fumador, com história de cardiopatia isquémica e síndrome metabólico. Recorre ao Serviço de Urgência por síncope com traumatismo cranio-encefálico. Desde há 24 horas com sensação de enfartamento e dejecções escuras moldadas. À admissão apresentava-se pálido, hipotenso, normocárdico, sem outras alterações ao exame objectivo. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica,

reticulocitose, ligeira leucocitose, ureia elevada e pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Durante o internamento, endoscopia digestiva alta (EDA) inicial com gastropatia antral e angiectasias duodenais sem hemorragia activa. Por intercorrência de melenas e hematemeses com repercussão hemodinâmica, realizou nova EDA, onde se documentou doença de Dieulafoy do corpo gástrico, e se procedeu à colocação de clips. Por manutenção de perdas hemorrágicas e excluida origem gástrica, realizou colonoscopia, com presença de sangue vivo. Exame com cápsula endoscópica com ectasias vasculares no íleon sem sinais de hemorragia activa, e sangue abundante distal à válvula ileo-cecal. Angio-TC abdominal e arteriografia mostraram sangue no cólon sem foco hemorrágico. Durante a marcha diagnóstica, houve necessidade de suporte transfusional intensivo por anemia grave refractária. Admitiu-se doença de Dieulafoy do estômago e cólon, com alta após estabilidade hemodinâmica. Conclusão Este caso serve para destacar a importância do correcto diagnóstico da hemorragia digestiva aguda, especialmente nos casos de fonte obscura. Salienta-se o facto da doença de Dieulafoy ser uma causa rara de hemorragia gastrointestinal, sendo o cólon uma localização atípica desta lesão.

CO-16-03

PILEFLEBITE, UMA ETIOLOGIA RARA DE TROMBOSE PORTAL

Inês Esteves Cruz, Daniel Matos, Joyce Chivia, Pedro Figueiredo, Francisco Silva, Alberto Mello Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA II

Mulher de 65 anos, admitida no serviço de urgência por febre vespertina (temperatura axilar máxima de 39ºC), dor abdominal generalizada tipo cólica, náuseas e vómitos, associada a anorexia e astenia marcadas, com cerca de 2 semanas de evolução. Apresentava-se com temperatura timpânica 37.6 ºC, hipotensa (TA 90/59 mmHg), taquicárdica (105 bpm), com dor abdominal difusa à palpação, sem defesa ou rigidez abdominal, sem massas ou organomegálias palpáveis. Laboratorialmente, realçava-se anemia normocítica normocrómica (9.1 g/dL), leucocitose 16 700/mm3, neutrofilia 83.6%, Proteína C reactiva 35.2 mg/dL, D-dímeros 11.5 mg/dL, sem outras alterações relevantes. Realizada tomografia computorizada (TC) abdominal, identificando-se trombose da veia porta, com comprometimento adicional da veia mesentérica superior e veia esplénica, sendo o quadro compatível com pileflebite. Pileflebite é uma condição caracterizada por trombose da veia porta ou dos seus afluentes, com processo supurativo associado, resultante na maioria dos casos de um processo infeccioso intra-abdominal, por exemplo diverticulite ou apendicite. Tem uma incidência rara (2,7/100000 pessoas/ano) e é potencialmente fatal se não for diagnosticada e iniciada terapêutica em tempo útil. Durante o internamento, as hemoculturas revelaram-se negativas, realizada colonoscopia destacando-se diverticulose, sem sinais de diverticulite. Foi excluído processo infecioso e neoplásico. Medicada com meropenem e vancomicina, com posterior alteração para antibioterapia oral com metronidazol e ciprofloxacina. Por trombose extensa, optou-se pela anticoagulação por um período de 6 meses. Do estudo de factores pró-trombóticos realizado em consulta, destaca-se factor VIII de 250%. Apresentou evolução favorável, com retorno ao seu estado prévio. Este trabalho pretende alertar para esta patologia, dado a sua elevada mortalidade. Embora rara deve ser equacionada em doentes com trombose do território portal e um quadro séptico concomitante.

CO-16-04

PENSAR ANTES DE AGIR, A IMPORTÂNCIA DO INTERNISTA

Filipa Brás Monteiro, Sofia Ferreira, Ana Sofia Carvalho, Rita Mendes, Franciso Silva, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

A espiroquetose intestinal em humanos é uma doença pouco estudada, com papel patogénico mal definido, podendo as espiroquetas comportar-se como microorganismos comensais ou tornar se patogénicas, habitualmente em situações de imunosupressão. Descreve se o caso de um homem de 58 anos, com história de hipertensão, tabagismo e cirurgia abdominal há 20 anos. Apresentava diarreia aquosa (15 dejecções diárias) com 2 dias de evolução. Por dor epigástrica intensa e suspeita de enfarte da parede inferior, foi realizado electrocardiograma, assumindo-se enfarte agudo do miocárdio com elevação de ST, sendo activada via verde coronária. Realizou angioplastia da Artéria Circunflexa (estenose proximal 90%, estenose suboclusiva distal com fluxo TIMI 2). Analiticamente: troponina I máxima 0.36ug/L, PCR 65mg/dl, creatinina 4.36mg/dl. Por persistência de dor e diarreia foi realizada Tomografia computorizada que mostrou distensão de ansas do delgado. Foi observado por Cirurgia Geral que assumiu abdómen agudo, prosseguindo para laparotomia exploratória. Esta mostrou líquido interansas, que se revelou estéril. Assumido diagnóstico de peritonite primária, tendo sido medicado com meropenem durante 10 dias com melhoria analítica, mantendo diarreia embora com menor número de episódios, tendo tido alta da Cirurgia. Reinternado 2 dias após alta, no serviço de Medicina, por aumento do número de dejecções, aumento dos parâmetros inflamatórios (PI) (PCR 34mg/dl) e lesão renal (creat 2.53mg/dl). Realizou rectossigmoidoscopia que mostrou áreas focais de hiperémia, tendo sido realizadas biópsias que revelaram presença de formas espiraladas sugestivas de Brachyspira alboorgi. Iniciou antibioterapia com metronidazol com resolução das queixas e normalização de PI. A relevância do caso deve-se ao diagnóstico de infecção Brachyspira alboorgi num doente imunocompetente e ao papel determinante da Medicina Interna na abordagem integrada do doente que permitiu o correcto diagnóstico e tratamento adequado.

CO-16-05

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA - NEM SEMPRE SINONIMO DE INFEÇÃO A CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Rita R. Calça, Sónia Farinha Silva, António Carvalho, Luís Campos
CHLO - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, SERVIÇO MEDICINA 4

INTRODUÇÃO: Colite pseudomembranosa é definida como uma manifestação de colite severa estando geralmente associada a infeção por Clostridium difficile (CD), mas pode ser causada por outras etiologias. CASO CLÍNICO: Mulher, 37 anos com antecedentes pessoais de Esclerose Múltipla medicada com fingolimod e algaliada cronicamente. Inicia quadro de prostração súbita, associada a uma dejeção diarreica e urina turva com cheiro fétido com 1semana de evolução. Negava febre, dor abdominal, náuseas e vómitos. Negava sintomas genito-urinários. Recorreu ao Serviço de Urgência e depois da observação e exames complementares de diagnóstico admitiu-se urosepsis e a doente ficou internada, medicada empiricamente com ceftriaxone com boa evolução clínica e laboratorial do quando infeccioso. Durante o internamento, objetivou-se episódio de retorragia. Neste contexto, realizou-se colonoscopia que revelou colite pseudomembranosa com pesquisa toxina A e B do CD negativa; 'polymerase chain reaction' para CD negativo; exame bacteriológico e parasitológico das fezes negativo; serologias para Citomegalovírus e Vírus Herpes Zoster negativas. A biopsia revelou provável causa isquémica ou infecciosa das lesões, excluindo infeção por CD. Por exclusão das causas infecciosas, admitiu-se Colite Pseudomembranosa de etiologia isquémica no contexto de urosepsis. CONCLUSÃO: Apesar da infecção por CD ser a causa mais frequente de Colite Pseudomembranosa é importante suspeitar de outras causas quando a infecção por CD não se confirma. As causas normalmente implicadas são a colite isquémica, doença inflamatória intestinal, fármacos, ou outras causas infecciosas além de CD, nomeadamente infecção por Citomegalovírus. A biopsia deve ser realizada, pois pode orientar ou mesmo confirmar o diagnóstico etiológico. O tratamento deve ser individualizado para a etiologia específica.

CO-16-06

WALLED OF PANCREATIC NECROSIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Abreu Vieira, António Carneiro, Patrícia Cipriano, João Furtado,
HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA – SERVIÇO DE MEDICINA II

Os autores apresentam o caso de doente com 66 anos, autónomo com hipertensão arterial e etanolismo internado por náuseas e dor epigastro e peri-umbilical intensa com início pós-prandial tardio. Apresentava-se eupneico,

apirético e hemodinamicamente estável com palpação epigástrica dolorosa sem sinais de Cullen ou Grey-Turner. A leucocitose com neutrofilia, amilase 1200UI/L, lipase 1435 UI/L, hiperlactacidémia e ecografia abdominal com discreto edema pancreático sem alterações das vias biliares ou hepato-esplénicas confirmou o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica. Assistiu-se a indolente agravamento clínico e imagiológico com Ranson 6, Imrie 4 e índice de Balthazar Modificado 10 tendo a tomografia computorizada demonstrado necrose pancreática superior 50% com exsudação e trombose parcial da veia esplénica. Apesar da recuperação clínica e normalização dos marcadores de necrose pancreática manteve-se refractário à restauração da via oral, com novos episódios autolimitados de febre, dor e elevação transitória da lípase e PCR. Apesar da previsibilidade aparentemente óbvia da ressecção cirúrgica desta coleção peripancreática, os autores salientam como a optimização da terapêutica médica, vigilância próxima e confrontação imagiológica frequente permitiram uma abordagem não-cirúrgica associada a melhor prognóstico. Os autores pretendem salientar a raridade desta entidade enquanto evolução de pancreatite agura, os desafios únicos que apresenta aos clínicos no diagnóstico diferencial, vigilância e decisões terapêuticas. Por outro lado, os autores alertam a necessidade preemente de novas considerações sobre o tratamento não cirúrgico desta entidade.

CO-16-07

CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA – REVISÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, Francisco Silva, Rogério Corga Silva, João Andrade, Diana Guerra
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1 PISO 8

A cirrose hepática é a alteração crónica do fígado caracterizada por fibrose difusa e substituição de tecido hepático por nódulos regenerativos de estrutura anormal. Nesta patologia a monitorização analítica e ecográfica é fundamental pelo risco de progressão para hepatocarcinoma. Objectivos: Estudo retrospectivo de 5 anos relativo a doentes portadores de cirrose hepática alcoólica internados no Serviço de Medicina caracterizando-os em termos bioepidemiológicos (género e idade), motivo de internamento (encefalopatia hepática, hemorragia digestiva alta, SHR, entre outros), MELD, seguimento em consulta, cumprimento de profilaxia com norfloxacina ou rifaximina. Resultados: Analisado um total de 314 episódios de internamento. Dos episódios analisados 219 eram do sexo masculino (69,7 %) e 95 do sexo feminino (30,3%). O total cumulativo de dias internamento foi de 3472, com uma média de internamento de 11,1 dias. O principal motivo de internamento identificado foi a encefalopatia hepática, com diversas causas subjacentes nomeadamente: manutenção de consumo alcoólico, infeções, obstipação, uso excessivo de diuréticos, toma de outros fármacos. No que à hemorragia digestiva alta diz respeito, verificou-se que muitos doentes que apresentavam varizes esofágicas não estavam medicados com bloqueador B. Também a peritonite bacteriana espontânea e o SHR foram identificados em vários episódios de internamento. Constatou-se que um grande número de doentes com indicação para profilaxia com norfloxacina ou rifaximina não a cumpria, quer por não prescrição quer por incumprimento terapêutico. Conclusão: Os autores demonstraram a complexidade associada à gestão dos doentes cirróticos e a necessidade de alertar os mesmos para adesão às medidas dietéticas e cumprimento terapêutico rigoroso. Também uma maior sensibilização dos clínicos para prescrição de profilaxia poderá ajudar a diminuir de forma significativa o número de internamentos.

SÁBADO - 28 - 08H00 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4**

MODERADORES: SUSANA MARQUES; ROGÉRIO CORGA DA SILVA

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS

CO-17-01

PLASMAFERESE VS TRATAMENTO CONSERVADOR NA PANCREATITE HIPERTRIGLICERIDÉMICA

Diana M. Ferreira, Rui Filipe Lobo, Ana Rita Nogueira, Patrícia A. Mendes, Pedro Lopes, João Fonseca, João Pedro Gomes, António Aragão, Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Introdução: A pancreatite aguda (PA) por hipertrigliceridémia (HTG) pode ser tratada com plasmaferese, tipicamente com redução rápida dos valores de triglicerídeos. Contudo, não existem estudos comparativos que comprovem o benefício desta técnica e a sua pouca disponibilidade limita a sua aplicabilidade. Objetivo: Caracterização e comparação de doentes com PA HTG, durante um período de 12 anos (2000-2012), tratados com plasmaferese vs tratamento convencional. Métodos: Estudo retrospetivo descritivo e inferencial de 37 doentes, avaliando: sexo, idade, antecedentes, gravidade, valores de TG e evolução. Comparação entre o grupo submetido a plasmaferese (P) e o grupo controlo (C) sob terapêutica convencional. Resultados: Os dois grupos P e C, mostraram-se homogéneos quanto ao sexo (p=0,647), idade (43,5 ± 9,7 vs 45,3 ± 9,9 anos; p=0,320), pancreatite prévia (40% vs 40,7%; p=1,0) alcoolismo crónico (50% vs 70,4%; p=0,275) e gravidade pelo score de APACHE II (p=0,54) e Ranson às 48H (p=0,26). O grupo P apresentou maiores valores de TG à admissão: 4850 ± 2802 mg/dL vs 1845±1858 mg/dL (p=0,001). Não se verificaram diferenças na duração do internamento 14,2±6,8 vs 13,5±9,0 dias (p=0,56) e na taxa de mortalidade (p=0,47). As complicações foram mais frequentes no grupo P (p=0,008). À data de alta a redução dos TG foi superior no grupo P: 4433±2896 vs 1582±2051 mg/dL (p=0,002). De referir 6 intercorrências minor durante a plasmaferese. Discussão/Conclusões: Apesar do viés de seleção dos doentes (doentes com valores mais elevados de TG foram submetidos a plasmaferese) inerente ao desenho do estudo – retrospetivo, foi constatada uma maior redução dos TG por esta técnica. A maior prevalência de complicações julgamos estar dependente do reduzido número da amostra. Por outro lado, todas as intercorrências inerentes à técnica de plasmaferese foram de simples resolução. Assim, a plasmaferese é uma mais-valia no tratamento de PA HTG graves com altos valores de TG.

CO-17-02

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM CASO DE DIFÍCIL DECISÃO TERAPÊUTICA

Francisca Godinho Oliveira, Ana Bento Rodrigues, Tiago Osório Petrucci, Laura Xavier Pereira, Cátia Albino, Carlos Machado e Costa
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1B

INTRODUÇÃO: A doença inflamatória intestinal (DII) é de causa idiopática, condicionada por uma resposta imune desadequada do indivíduo à microflora intestinal. Cerca de 10-15% dos casos trata-se de DII indeterminada. OBJETIVOS/MÉTODOS: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 56 anos, com diagnóstico de DII indeterminada (diarreia crónica, pseudopolipose intestinal, má absorção, osteoporose, litíase renal, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, aftose oral, hemicolectomia direita). Medicada com metilprednisolona (metilPDN) 4mg, azatioprina (AZT) 100mg, messalina (5-ASA) 2g e golimumab 100mg 1/mês. Internada por urosépsis a ESBL e K. pneumoniae, foi tratada com meropenem. Por insuficiência cardíaca (IC) descompensada, efetuou um ecocardiograma transtorácico que revelou cardiomiopatia dilatada de etiologia isquémica por doença de pequenos vasos. Realizou uma coronariografia sem lesões. Assumiu-se IC agravada pelo

golimumab, tendo suspendido a terapêutica com normalização da função sistólica global. Realizou estudo do trato digestivo com endoscopia digestiva alta: estômago com mucosa de aspecto nodular, corpo e antro com pseudopolipose e com colonoscopia: pancolite difusa de envolvimento distal, ulcerada, pseudopolipose, íleon poupado. As biópsias gástricas revelaram inclusões intranucleares de CMV. Foi administrado ganciclovir (3semanas). Houve necessidade de interrupção de AZT por pancitopenia. Por impossibilidade de controlo da doença intestinal sob 5-ASA, em dose máxima tolerada e PDN 20mg, com persistência de diarreia profusa não hemática, condicionando necessidade de reposição eletrolítica diária, maceração e ulceração acentuada do períneo, optou-se pelo tratamento cirúrgico com colectomia total. RESULTADOS/ CONCLUSÕES: Salienta-se a pertinência do caso por tratar-se de uma DII indeterminada, com gastropatia a CMV, não controlada, apesar de otimização possível de terapêutica médica. Ressalva-se a cirurgia como opção terapêutica na DII.

CO-17-03

ADEQUAÇÃO DO USO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES (IBP): EXPERIÊNCIA DE 4 MESES DE UMA UNIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Gilberto Pires da Rosa, Paulo Araújo, Joana Simões, Joana Freitas, Susana Amaral, Filipa Pereira, Ester Ferreira, Paulo Bettencourt
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL DE SÃO JOÃO, PORTO

Introdução: Os IBP são uma das classes farmacológicas mais utilizadas na prática médica, mas as indicações para o seu uso encontram-se parcamente estabelecidas, dificultando o acesso a evidência uniformizada por parte do prescritor. Objetivos: Avaliar a correta utilização de IBP, os fármacos e doses prescritas e averiguar os ajustes terapêuticos à data hospitalar. Métodos: Foi efetuada revisão da literatura das indicações para terapêutica com IBP, realizando-se um estudo observacional prospetivo com uma amostra consecutiva dos doentes internados numa unidade de um Serviço de Medicina Interna entre 6 de Março e 6 Julho de 2015. Resultados: Foram incluídas 276 doentes do sexo feminino. À admissão, 12% tinham indicação para terapêutica estando, no entanto, 43% medicadas. 36% das doentes sem indicação estavam sob terapêutica, enquanto 6% das doentes com indicação não estavam medicadas. Das prescrições em ambulatório, o pantoprazol (51%) e o omeprazol (32%) foram os fármacos mais utilizados, com as doses de 20 mg (66%) e 40 mg (23%) como as mais frequentes. Das doentes corretamente medicadas, as indicações mais frequentes foram a antiagregação com 1 fator de risco major para eventos gastrointestinais (52%) e terapêutica de manutenção na dispepsia (18%). Das doentes medicadas sem indicação, as fundamentações mais referidas foram a hipocoagulação (18%), a idade (14%), o uso isolado de antiagregação (12%), gastrite (7%), corticoterapia isolada e polimedicação (5%). À data de alta, 15% das doentes tinham indicação para terapêutica, mas 54% tiveram alta medicadas. 46.6% das doentes sem indicação tiveram alta com terapêutica. À data de alta, as doses de 20 mg (50%) e 40 mg (29%) foram as mais utilizadas. Conclusão: Este estudo patenteia uma marcada sobreutilização de IBP em contexto ambulatório, revelando um desaproveitamento da admissão hospitalar como momento de ajuste terapêutico, com incremento da percentagem de prescrições indevidas e aumento de dosagem à alta.

CO-17-04

HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Cristina Costa, Gisela Borges, Marco Narciso, Maria de Jesus Silva, Glória Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III A

A Hepatite Alcoólica Aguda (HAA) é uma síndrome hepática de apresentação clínica extremamente variável, sendo muitas vezes subvalorizada e subdiagnosticada pelos clínicos. As formas graves da doença cursam com taxas de mortalidade elevadas e podem representar um desafio terapêutico. Recentemente têm sido desenvolvidas diretrizes para guiar a abordagem destes doentes, as mais atuais pela sociedade europeia para o estudo do fígado (EASL) e sua homónima norte-americana (AASLD), discutindo tópicos controversos no que refere ao diagnóstico e terapêutica de HAA. Descreve-se um caso de um homem de 41 anos, com antecedentes de doença hepática crónica etanólica (Child-Pugh B) com consumo de álcool ativo >120 g/dia. Referenciado ao serviço de urgência da consulta de Gastroenterologia por edemas generalizados, icterícia e aumento do perímetro abdominal; análises com bilirrubina total (Bil) 8,5 mg/dL, AST 119 U/L, ALT 40 U/L, INR 2,39, albumina 2,6 g/dL, ureia 32 mg/dL, creatinina 0,5 mg/dL, serologias virais negativas. Ecografia abdominal mostrou pequena quantidade de líquido ascitico, fígado dismórfico de estrutura heterogénea com duas imagens nodulares (4 e 6 cm) hiperecogénicas. Ecocardiograma sem alterações de relevo. Por agravamento progressivo apesar de medidas de suporte e Função de Maddrey = 96 ao quinto dia de internamento, iniciou terapêutica com prednisolona 40 mg/dia para HAA. Regra de resposta favorável ao sétimo dia de terapêutica (score de Lille 0,047), pelo que cumpriu ciclo total de 28 dias com boa evolução clínica e analítica (bil 3,83 mg/dL; AST 65 U/L; ALT 42 U/L; INR 2,4). O estudo dirigido aos nódulos hepáticos envolveu vários métodos de imagem com resultados díspares, com desaparecimento das lesões após um mês, assumindo-se o diagnóstico de macronódulos hepáticos regenerativos associados a cirrose. Ilustrando com um caso clínico de HAA grave, discute-se as abordagens diagnósticas e terapêuticas atualmente recomendadas na HAA.

CO-17-05

APENDICITE CRÓNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniel Marques, Joana Cochicho, Emília Louro, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA A

Introdução: A apendicite aguda é uma das causas mais frequentes de cirurgia abdominal de urgência, sendo o diagnóstico essencialmente clínico. Com incidência de 1:2000 em idosos, a clínica por vezes inespecífica nesta população leva a atraso no diagnóstico. Caso Clínico: Mulher de 70 anos, admitida no serviço de urgência após queda, com quadro de febre e dor abdominal. Ao exame objectivo, apresentava ferida occipital, temperatura subfebril, hipotensão arterial, abdómen mole, com dor à palpação profunda dos quadrantes superiores, sem sinais de irritação peritoneal e toque rectal normal. Analiticamente apresentava insuficiência respiratória tipo 1, hiperlactacidémia, anemia normocítica normocrómica e parâmetros inflamatórios elevados. Teste rápido de urina sem alterações. Radiografia do tórax e ecografia abdominal sem alterações. Internada com o diagnóstico de sépsis com provável ponto de partida urinário, medicada empiricamente com amoxicilina-clavulanato. Por manter dor abdominal, realizou TC abdomino-pélvica que mostrou trombose da veia porta, ascite e anexo direito heterogéneo e globoso. Ecografia endovaginal sem alterações anexiais. Solicitado PET-scan que revelou foco hipermetabólico na topografia do ovário direito. Pela suspeita de neoplasia do ovário foi submetida a laparotomia exploradora, tendo realizado apendicectomia e anexectomia bilateral, cuja histologia mostrou apendicite crónica xantogranulomatosa com envolvimento inflamatório do anexo direito. Conclusão: Trata-se de uma doente idosa com apendicite aguda com clínica inespecífica, medicada com antibiótico por quadro de sépsis, que evoluiu para apendicite crónica complicada de pileflebite, cujo diagnóstico só foi possível após laparotomia exploradora, realizada por suspeita de patologia ovárica. Os idosos apresentam muitas vezes sintomas inespecíficos, o que leva a atraso diagnóstico, com aumento da taxa de complicações.

CO-17-06

PANCREATITE AGUDA: MAIS DO QUE CÁLCULOS

Joana Alves, Luís Santos, José Carvalho, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM - HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Introdução:A pancreatite aguda (PA) é um processo inflamatório agudo do pâncreas. As etiologias mais frequentes são a litiásica e a alcoólica. O diagnóstico é clínico, laboratorial e radiológico. Existem escalas de gravidade validadas nas quais se baseiam a abordagem clínica e orientação terapêutica. Nos últimos 30 anos a mortalidade diminuiu. Objetivo:Caraterizar a amostra dos

doentes com PA alitiásica e avaliar a sua evolução clínica. Métodos:Estudo retrospetivo dos doentes internados num Hospital Distrital com o diagnóstico de PA alitiásica, em 2014. Resultados:Incluídos 68 doentes, 48 (70%) do sexo masculino, com idade média de 60 anos. A dor abdominal foi o sintoma mais comum, presente em 65 (96%) doentes; 33 (49%) tiveram vómitos e 13 (19%) apresentaram-se com febre. Relativamente à etiologia, 35 (51%) foram de causa alcoólica, 23 (34%) de causa indeterminada, 4 (6%) de causa obstrutiva, 2 (3%) por hipertrigliceridemia, 2 (3%) de causa medicamentosa e 2 (3%) pós-CPRE. A média do score de Ranson foi 2,41 e do APACHE II 7,43. As complicações registadas foram pseudoquisto em 6 doentes, fleimão em 3, e choque e pancreatite necrohemorrágica em 1. Utilizou-se antibioterapia em 13 (19%) doentes, sendo o mais utilizado o Imipenem (5), seguido da Piperacilina/Tazobactam (4). Verificou-se necessidade de internamento em unidade de cuidados intermédios em 3 doentes e uma morte. Discussão:O tempo de internamento, complicações, uso de antibioterapia e início da dieta aumentaram, à medida que os scores eram mais elevados, o que está de acordo com a literatura. Os mesmos outcomes foram verificados à medida que a idade foi aumentando, com exceção dos doentes com menos de 55 anos, o que está em discordância com a literatura. Os doentes com PA de etiologia alcoólica apresentaram maior número de complicações que os restantes. A etiologia alcoólica foi a causa mais frequente, o que está de acordo com as características socioculturais da população.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5**

MODERADORES: **ROSWITHA BAUERLE**
LUIS BRITO AVÔ

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

CO-18-01

DÉFICE NEUROLÓGICO FOCAL NO ADULTO JOVEM – A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM HOLÍSTICA

Adriana Roque, Catarina Geraldes, Ana Esesumaga, Gustavo Cordeiro, Letícia Ribeiro
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA CLÍNICA, IMUNOHEMOTERAPIA E NEUROLOGIA

INTRODUÇÃO: A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é uma entidade rara e fatal na ausência de terapêutica adequada (incluindo plasmaferese). Classicamente caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática, púrpura trombocitopénica, disfunção neurológica e renal e febre, decorrentes da ação de anticorpos anti-ADAMTS13. A suspeita clínica é fundamental, visto poder simular outras patologias, nomeadamente eventos agudos vasculares cerebrais, e nem sempre apresentar todos os componentes. CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 27 anos, admitido por alterações neurológicas focais com 1 hora de evolução. Sem antecedentes de relevo. À admissão, vígil e colaborante, apirético e hemodinamicamente estável, sem petéquias ou equimoses. Apresentava afasia motora, disartria, parésia da hemiface e membro superior direitos (grau 3/5). TC craneoencefálica e angio-TC cerebral sem alterações. Previamente à disponibilidade da avaliação analítica, foi admitido na Unidade de AVC e sujeito a fibrinólise pela suspeita de enfarte parcial da circulação anterior. Analiticamente com anemia hemolítica (hemoglobina 7,6g/dL, LDH 824U/L; esfregaço com esquizócitos; teste de Coombs direto negativo, índice de produção de reticulócitos 3,57), trombocitopenia (plaquetas 24G/L, sem agregados). Função renal conservada (creatinina 0,81 mg/dL; hemoglobinúria). Estudo da autoimunidade e da infeção negativos. Doseamento da atividade da ADAMTS13 de 0% (N:40-130) e anticorpo anti-ADAMTS13 de 16U (N<0,5). Efetuado o diagnóstico de PTT e transferido para o Serviço de Hematologia, medicado com prednisolona 1mg/kg/dia e submetido a plasmaferese, com recuperação total das alterações neurológicas. Alta ao 20º dia, com resolução das citopenias e hemólise, encontrando-se em remissão completa. CONCLUSÃO: Este caso ilustra a necessidade de uma abordagem holística de todos os quadros clínicos, de forma a proceder-se à terapêutica atempada e adequada, assim como a evitar abordagens que podem ser nefastas

CO-18-02

ANEMIA HEMOLÍTICA POR AGLUTININAS A FRIO COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA LINFOPLASMOCITICO EM DOENTE COM SÍNDROMA DE NIJMEGEN

Rita Dias, Marta Monteiro, Laura Marques, Jorge Coutinho, Raquel Faria, Carlos Vasconcelos, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

O síndroma de Nijmegen predispõe à ocorrência de défices de imunidade e neoplasias, particularmente hematológicas. Caso: mulher, 33 anos, com síndroma de Nijmegen, atraso do desenvolvimento psicomotor, imunodeficiência humoral e celular documentadas. Apresenta-se com alguns dias de evolução de anorexia, dispneia, icterícia e palidez cutânea. Documentada PAC da base direita e anemia hemolítica grave (Hb 5.5 g/dL) com crioaglutininas, hepatoesplenomegalia e adenopatias retroperitoneais, axilares e inguinais. Apesar do suporte transfusional, corticoterapia e imunoglobulina ev, só foi possível controlar hemólise num quarto com temperatura >38ºC, devido a crioaglutinas IgM de elevada labilidade térmica, o que limitou os procedimentos diagnósticos. Dada a suspeita de linfoma B não agressivo (imunofenotipagem de sangue periférico com monoclonalidade linfoplasmocítica) e a difícil estabilização clinica apesar das medidas referidas e de aquecimento físico em ambiente controlado, foi iniciada terapêutica pré-emptiva - rituximab, ciclofosfamida e corticosteroide (QT). Nos dias subsequentes a doente apresentou uma franca melhoria das manifestações – redução da hepatoesplenomegalia, resolução da hemólise e Hb em subida sustentada, tendo sido assim possível suspender as medidas de aquecimento físico. A investigação adicional confirmou à posteriori a presença de linfoma linfoplasmocítico (em gânglio biopsado). Actualmente mantêm-se clinicamente estável, com doença em remissão, após 6 ciclos de QT. O caso clinico apresentado descreve uma manifestação macroglobulinemia-like por crioaglutininas IgM/k, por linfoma linfoplasmocitico. As aglutininas a frio, não sendo um achado comum, surgem com maior frequência em associação a neoplasias de células B (75% dos linfomas linfoplasmocíticos). A gestão das manifestações clinicas associadas é um desafio e passa em grande parte pelo tratamento urgente da doença de base.

CO-18-03

MUTAÇÃO C677T DO GENE MTHFR: CULPADA OU INOCENTE?

Ana Pessoa, Nuno Cardoso, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE - UNIDADE DE FAMALICÃO, SERVIÇO DE MEDICINA I

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade importante pela sua clínica variável e desfecho potencialmente fatal. Pode ter várias causas, e a identificação de factores de risco para TEP é importante para evitar recorrências. A hiperhomocisteinemia é um factor de risco independente para doença vascular aterosclerótica e para tromboembolismo venoso recorrente, sendo que a forma genética mais comum é a mutação C677T do gene metiltetrahidrofolato redutase (MTHFR). Os autores apresentam uma doente de 38 anos, com antecedentes de psoríase e infertilidade, medicada habitualmente com anticoncepcional oral (ACO) por dismenorreia, eintemada por TEP bilateral. Como antecedentes familiares, apresentava pai com acidente vascular cerebral aos 65 anos e mãe com trombose venosa profunda. Os antecedentes familiares da doente, juntamente com uma anemia macrocítica por défice de ácido fólico, motivaram a realização do estudo genético, que revelou homozigotia para a mutação C677T do gene MTHFR. A orientação terapêutica desta doente consistiu na suspensão do ACO, início de varfarina e lisinopril, este último por perfil tensional elevado detectado no internamento. Apesar de estudos randomizados não mostrarem benefício na taxa de tromboembolismo venoso com suplementação vitamínica, optou-se por iniciar ácido fólico devido à anemia macrocítica. A relação entre hiperhomocisteinemia, polimorfismos do gene MTHFR e eventos pró-trombóticos não é clara, existindo diversos estudos com conclusões contraditórias. De facto, apesar de esta mutação por si só poder não ser suficiente para causar um evento, coexistem muitas vezes outros factores pró-trombóticos, como foi neste caso o uso de ACO, e que não devem

ser ignorados. A mutação C677T parece ter ainda um papel mais lato na clínica desta doente, que também apresenta hipertensão arterial e antecedentes de infertilidade e psoríase, doenças potencialmente associadas a este polimorfismo.

CO-18-04

MICOSE FUNGÓIDE: NEM TUDO É O QUE PARECE

Rita Costa, Isabel Neves, Sara Vieira Silva, Fátima Farinha, João Araújo Correia
UNIDADE B, SERVIÇO DE MEDICINA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

A micose fungóide (MF) é um linfoma cutâneo de células T (LCCT), que pode assemelhar-se clinica e histologicamente a lesões cutâneas (LC) benignas, pelo que o seu diagnóstico é complexo. Os autores descrevem o caso de um homem de 66 anos, que apresentava LC hipopigmentadas dispersas, com base eritrodérmica, com 2 anos de evolução, com biópsia cutânea (BC) prévia sugestiva de dermatite liquenóide. O doente foi internado por sépsis grave por doença invasiva a Streptococcus pyogenes com ponto de partida em celulite do membro inferior esquerdo (MIE), sem porta de entrada evidente à excepção de micose interdigital dos dedos do pé. Sem evidência de trombose venosa profunda ou complicações locais, foi instituída antibioterapia empírica de largo espectro, que posteriormente se descalou para terapêutica dirigida. Evolução com síndrome inflamatório sistémico exuberante e persistente, com estudo complementar a excluir novamente complicações locais, assim como endocardite infeciosa. Perante evolução arrastada do quadro clínico, alargado estudo para causas de imunodeficiência congénita ou adquirida, tendo-se identificado por BC e imunofenotipagem de sangue periférico MF. Assim, concluiu-se pelo LCCT como fator etiológico de imunodeficiência secundária, que condiciou a gravidade e a resposta morosa da infeção à antibioterapia. Cumpriu 19 dias de terapêutica endovenosa, tendo sido proposto para iniciar alemtuzumab apenas aos 3 meses após o internamento por manter sinais inflamatórios locais até então. A MC é o LCCT mais frequente e tem um curso clínico habitualmente indolente. A infeção secundária, mesmo por agentes oportunistas, é uma causa de frequente morbilidade nestes doentes, reflectindo o estado de imunodeficiência adquirida, quer celular quer humoral, que esta doença condiciona

CO-18-05

LINFOMA DE CÉLULAS T HEPATOESPLÉNICO – CASO CLÍNICO

Natália Silva1, Rui Magalhães2, Fernando Guimarães1, Marisol Guerra2 1Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro 2Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
HOSPITAL CENTRAL DE TRÁS-OS-MONTE E ALTO DOURO, HOSPITAL VILA REAL

Introdução: O Linfoma de células T Hepatoesplénico (LCTHE) é uma neoplasia muito rara, de prognóstico reservado, correspondendo a <1% dos Linfomas não Hodgkin e <5% dos Linfomas de Células T periféricos, geralmente com receptor de célula T do tipo gama/delta. Caracteriza-se por hepatoesplenomegalia, sintomas B e pancitopenia, associando-se muitas vezes a fenómenos de hemofagocitose. Alterações citogenéticas típicas são a trissomia do cromossoma 8 ou o isocromossoma 7q. Caso Clínico: Homem de 77 anos, sem antecedentes de relevo, internado por quadro de astenia, anorexia, febre, sudorese nocturna e epigastralgias com 3 semanas de evolução e aparecimento de rash maculopapular no tronco e raiz das coxas. Evoluiu com icterícia e manifestações de diátese hemorrágica. Ao exame físico destacava-se esplenomegalia e analiticamente evidenciava-se pancitopenia e parâmetros analíticos compatíveis com citólise hepática e colestase, ferritina >10000 ng/mL e elevação da β2-microglobulina. Na TC efectuada destacava-se hepatoesplenomegalia. O mielograma mostrou a presença de hemofagocitose. Por imunofenotipagem da medula óssea (MO) verificou-se a existência de população de células T monoclonais com receptor do tipo alfa/beta e a biópsia da medula óssea mostrou um infiltrado linfocítico discreto de fenótipo T. Fez-se estudo citogenético da MO com cariótipo e estudo por FISH que descartaram trissomia do 8, del7q e t(2;5). Foi assumido como diagnóstico mais provável um LCTHE. Iniciou tratamento quimioterápico com Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisolona, com melhoria clínica. Conclusão: O LCTHE é raro, com evolução clínica agressiva e mau prognóstico. Há poucos casos descritos. As manifestações clínicas e a presença de fenómenos de hemofagocitose tornam este diagnóstico mais provável, mesmo sem as alterações citogenéticas típicas e um estudo histológico inequívoco. A existência de população de células T alfa/beta torna o caso ainda mais invulgar.

CO-18-06

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO - UMA CAUSA RARA DE PANCITOPENIA

Rui Ferreira, Élio Rodrigues, Marta Brás, Susana Magalhães, Maria Isabel Bessa, Maria Odete Miranda, Amélia Pereira
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

O síndrome hemofagocítico é um quadro potencialmente fatal, de patofisiologia não totalmente estabelecida, causado por hiperestimulação da resposta imune incapaz de debelar o estímulo. Cursa com febre arrastada, pancitopenia e disfunção multiorgânica progressiva. As causas podem ser infeciosas, neoplásicas ou inflamatórias. Pretende-se com este trabalho apresentar um caso de síndrome hemofagocítico. Doente de 73 anos que recorre à Urgência por queixas de astenia com agravamento progressivo com um mês e meio de evolução. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica, linfopenia e elevação da PCR. Internado, apresentou picos febris frequentes. Apresentava prova de Weil-Felix positiva e IGRA indeterminado. Foi medicado com doxiciclina, sem resposta, após o que iniciou prednisolona e, mais tarde, anti-bacilares como prova terapêutica. Teve alta, mas foi reinternado por deterioração do estado geral e febre. Iniciou antibioterapia de largo espectro e foi aumentada a dose de corticóide. Manteve febre, surgindo pancitopenia, tendo necessitado de transfusão de eritrócitos e plaquetas. Realizou medulograma que mostrou presença de células estranhas ao compartimento medular, compatíveis com macrófagos ou histiócitos, confirmada na fenotipagem. A biópsia óssea revelou infiltração dos espaços trabeculares por células histiocitárias com fenómenos de fagocitose, compatíveis com síndrome hemofagocítico. Os estudos bacteriológicos e serologias víricas foram negativos. Sem evidência imagiológica de neoformações ou processos infecciosos colectados. Sem resposta à terapêutica instituída, com deterioração rápida do estado geral, faleceu ao final de 52 dias de internamento. O síndrome hemofagocítico é uma situação grave e, neste caso, culminou com a morte do doente sem evidência da etiologia. Devido às manifestações inespecíficas, é necessário um elevado nível de suspeição para que o diagnóstico seja estabelecido.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5**

MODERADORES: **ROSWITHA BAUERLE**, **RUI MOÇO**

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

CO-19-01

SÍNDROME TORÁCICA AGUDA… NECESSÁRIO SUSPEITAR!

Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Fernando Gomes, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: A síndrome torácica aguda (STA) é uma complicação pulmonar da doença falciforme, mais frequente em doentes homozigotos. Geralmente existe um infiltrado de novo na radiografia de tórax, associado a um ou mais sintomas: febre, tosse, expectoração, dispneia, ou hipoxia. A apresentação é insidiosa e inespecífica. A dor pleurítica é predominante e pode evoluir rapidamente para insuficiência respiratória grave. A etiologia pode ser multifactorial e em muitos casos é difícil defini-la. CASO CLINICO:Homem, 24 anos, raça negra, antecedentes de anemia falciforme (HbSS 83%), com crises dolorosas que motivaram vários internamentos e embolia pulmonar (2012), hipocoagulado, sob hidroxiureia. Toracalgia pleurítica, intensa, cefaleia holocraneana, gonalgia bilateral e arrepios com um dia de evolução. Na

admissão exame físico sem alterações. Gasometria com hipocapnia. Angio-TC das artérias pulmonares excluiu tromboembolismo e mostrou opacidades reticulares bilaterais. Analiticamente sem anemia ou elevação dos marcadores inflamatórios, INR terapêutico. No dia seguinte agravamento do estado geral e das queixas álgicas, febre, dispneia, insuficiência respiratória hipoxémica, queda dos valores de hemoglobina e elevação acentuada dos marcadores inflamatórios e da citocolestase hepática. Colheu rastreio séptico, iniciou ceftriaxona e azitromicina, fluidoterapia e foi realizado ajuste de terapêutica para controlo eficaz de dor. Internado em Unidade de Cuidados Intermédios, com evolução clínica e analítica favorável. Do estudo realizado: ecocardiograma transtorácico com PSAP de 38 mmHg; hemoculturas e serologias negativas. Alta melhorado ao 12 º dia de internamento. CONCLUSÃO: Apresenta-se este caso por se tratar de uma entidade pouco habitual na prática clinica, cuja suspeição e orientação terapêutica adequada são fulcrais na evolução da doença, dada a morbi-mortaliidade associada. É necessária monitorização contínua dos doentes com crises álgicas, consideradas pródromo da STA.

CO-19-02

AS DAMAS DE CORAÇÃO AMILÓIDE

Ana Rita Costa, Ricardo Marinho, Ana Vigário, Fernanda Almeida, Catarina Mendonça, Ana Rita Cruz, Fabienne Gonçalves, João Araújo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

A Amiloidose Primária (AL) é considerada uma doença rara, mas tem incidência sobreponível à de doenças mais conhecidas como a doença de Hodgkin ou a Leucemia Mielóide Crónica. No Reino Unido é considerada causa de morte de 1:1000 habitantes. O envolvimento cardíaco pode ocorrer em 50% dos casos, sendo a principal causa de morbimortalidade. Os autores apresentam os casos de duas mulheres de 60 (caso 1) e 75 anos (caso 2) com Insuficiência Cardíaca (IC) de instalação subaguda e progressão em 6-8 meses para classe funcional IV NYHA com elevação da troponina T e pro-BNP superior a 15000pg/mL. Documentado em ambos os casos um pico plasmático monoclonal IgG/Lambda, e no caso 2 um pico urinário e biópsia de medula óssea com 6% de plasmócitos. No caso 1 o ecocardiograma transtorácico (ETT) apresentava hipertensão pulmonar grave, dilatação de cavidades direitas, hipertrofia biventricular e compromisso da função sistólica ventricular direita; A ressonância magnética cardíaca mostrava alterações sugestivas de processo infiltrativo. No caso 2 o ETT revelou hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, com disfunção sistólica biventricular e disfunção diastólica com padrão restritivo. A pesquisa de substância amiloide foi positiva na biópsia da gordura abdominal em ambos os casos confirmando a suspeita de AL. No caso 1 foi iniciada terapêutica padrão com ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona. No caso 2 pela citocolestase significativa iniciou terapêutica apenas com dexametasona. Ambas as doentes evoluíram com agravamento progressivo da IC e morte cerca de 14 meses após início dos sintomas. Com estes casos os autores pretendem salientar para a importância do diagnóstico precoce na amiloidose AL, uma vez que o atingimento cardíaco constitui um fator de mau prognóstico. Uma vez desenvolvida IC, na ausência de tratamento, a sobrevida média é inferior a 6 meses, não existindo, atualmente terapêuticas capazes de, na fase avançada do atingimento cardíaco alterar o prognóstico.

CO-19-03

SÍNDROME DE HEYDE - A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Vera L Gomes, Marina Boticário, Andreia Araújo, Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Catarina Faria, Mª Filomena Roque
SERVIÇO DE MEDICINA III-B, HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE

INTRODUÇÃO: A síndrome de Heyde (SH) consiste na hemorragia gastrointestinal que se origina nas angiodisplasias (AG) patentes em doentes com estenose aórtica (EA). As AG são pequenas malformações arteriovenosas do cólon. Mais comum no idoso, esta tríade clássica descrita pela 1ª vez em 1958, pode ter desfecho fatal face a uma apresentação aguda. OBJETIVOS E MÉTODOS: Apresentam-se 3 casos clínicos exemplificativos desta síndrome. Caso 1: Mulher (M), 79 anos. Com antecedentes pessoais (AP) de hipertensão (HT) arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM), valvulopatias calcificantes aórtica e mitral. Internada por hematemeses. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou mucosa do corpo gástrico com várias lesões sugestivas de AG que foram cauterizadas. Aguarda cirurgia de substituição valvular aórtica (CSVA). Caso 2: M, 70 anos. Com AP de EA, DM, fibrilhação auricular (FA) e insuficiência cardíaca classe III NYHA (IC). Admitida por anemia de etiologia a esclarecer. A EDA revelou pequena hérnia do hiato. A colonoscopia total (CT) mostrou AG no reto. Referenciada a Cardiologia está proposta para CSVA. Caso 3: M, 83 anos. Tem AP de DM, FA permanente, IC, HT pulmonar grave, insuficiência mitral moderada a grave, status pós-CSVA biológica há menos de 6 meses e síndrome depressiva. Internada por anemia ferropénica agudizada sem perdas hemáticas visíveis. A EDA revelou gastropatia crónica da mucosa do antro e pequena AG em D2. A CT identificou pequenas áreas de AG no ascendente e transverso. A fulguração das AG com árgon plasma estabilizou a anemia. Sob seguimento em Consulta de Cardiologia. CONCLUSÃO: A fisiopatologia subjacente à SH é ainda pouco compreendida. O défice adquirido do factor de vonWillebrand tipo 2A parece ser um dos mecanismos explicativos ao impossibilitar a adesão plaquetária. Nalguns casos a CSVA permite resolver a SH, ao corrigir as alterações hemodinâmicas que propiciam o aparecimento desta coagulopatia. A SH pode recorrer face a mishmatch prótese-doente.

CO-19-04

TRÊS LESÕES OSTEOLÍTICAS SOLITÁRIAS, TRÊS DOENÇAS HEMATOLÓGICAS DIFERENTES

Carolina Midões Correia, Margarida Fevereiro, Nuno Almeida, Luís Monteiro, Cátia Gaspar, Patrícia Ribeiro
SERVIÇO DE HEMATOLOGIA, HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, CHLC-EPE

Introdução: O achado de lesões osteolíticas é tipicamente associado a doenças a plasmócitos, tais como Mieloma Múltiplo e plasmocitomas solitários. Contudo, estas lesões podem ser encontradas no contexto de outras doenças hematológicas, embora representem um achado raro. Assim, apresentam-se 3 casos de doentes com lesões osteolíticas cuja manifestação clínica foi apenas dor óssea e que, após biópsia, revelaram diferentes diagnósticos hematológicos. Casos Clínicos: Mulher, 68 anos, com lesão do colo do fémur direito a condicionar fractura patológica, cuja biópsia durante artroplastia, revelou Linfoma não-Hodgkin (LNH) Folicular. Homem, 57 anos, com lesão de L3 cuja biópsia mostrou tratar-se de LNH Difuso de Grandes Células B. E por fim, homem, 43 anos, com lesão da asa do ilíaco direito associada a pico monoclonal IgG kappa, cuja biópsia revelou infiltração por plasmócitos. Nenhum dos casos apresentava outros sinais ou sintomas, nomeadamente sintomas B, que fizessem suspeitar de doença hematológica. Apenas a doente do sexo feminino, apresentava infiltração medular, na biópsia óssea de estadiamento. Conclusão: Com estes casos, destaca-se a importância da biópsia lesional e respectivo exame anatomo-patológico no diagnóstico. Em qualquer dos casos, as biópsias foram realizadas pelas especialidades para as quais os doentes foram referenciados – Ortopedia e Neurocirurgia, devido à sintomatologia que apresentavam, demonstrando a importância da multidisciplinaridade na resolução destas situações clínicas. Adicionalmente, realça-se que as referidas patologias podem cursar de forma insidiosa sem necessariamente apresentarem sinais ou sintomas suspeitos de doença hematológica.

CO-19-05

HEMOGLOBINA SOUTH FLORIDA – ACERCA DE UM CASO CLÍNICO

Vânia Gomes, Rosa Macedo Carvalho, Raquel Pereira, Céu Rodrigues, José Arantes, Celeste Bento, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Objetivo: A hemoglobina (Hb) South Florida é uma variante rara da Hb que causa uma elevação errónea da hemoglobina glicosilada (HbA1c). Desde a sua descrição inicial em 1985 foram reportados 4 casos na literatura mundial.

Método: Revisão de um caso clínico e da literatura. Resultados: Homem de 39 anos. História de obesidade tratada com cirurgia bariártica e ex-fumador, sem outros fatores de risco vascular conhecidos. Com trombose da veia grande safena em 2013. Seis meses após realizar laqueação da crossa da veia safena interna com safenectomia, com trombose total da veia poplítea esquerda. Referenciado à Medicina Interna para estudo de trombofilias. Solicitado o doseamento da HbA1c=14.6% (resultado fornecido por cromatografia liquida de alta eficiência (HPLC)). Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus e sem sintomatologia compatível. Glicemia em jejum e hemograma sem alterações. O estudo aprofundado da hemoglobina revelou: Hemoglobinas A2=2.5%, F=0.1%, A1c=3.4%, e presença de variante não classificada pela metodologia. A amostra foi enviada para centro de referência português de estudo das hemoglobinopatias e através de biologia molecular foi identificado que o doente era portador em heterozigotia de uma variante de Hb das cadeias beta - Hb South Florida (c.4G>A; p.Val2Met). Conclusão: A Hb South Florida é uma variante genética rara das cadeias beta da Hb, descrita pela 1ª vez em 1985. Esta mutação substitui um aminoácido neutro (valina) por um aminoácido carregado (metionina) e interfere com o doseamanto da HbA1c baseado na técnica standard de HPLC devido à sua co-migração com a HbA1c. Contudo, esta variante da Hb não se correlaciona com nenhum sintoma ou patologia, mas só estão descritos 4 casos na literatura mundial. Os eventos trombóticos do doente não podem ser atribuidos a este achado genético. Os autores alertam para a importância de manter o juizo critico ao fazer o diagnóstico e/ou follow-up da diabetes mellitus exclusivamente em valores de HbA1c.

CO-19-06

DREPANOCITOSE E AVC DE REPETIÇÃO: O QUE ESTÁ POR DETRÁS DESTA RELAÇÃO?

Marta Vaz, Lúcia Proença, Jandir Patrocínio, Rodrigo Moraes, Marinela Major, Fernanda Louro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO DA FONSECA - MEDICINA I

O sistema nervoso central é um órgão –alvo comum na drepanocitose. No entanto, a ocorrência de acidente vascular cerebral de repetição pode dever-se a outra causa subjacente, que sempre deve ser investigada. Sexo feminino, 28 anos, antecedentes de drepanocitose, com dois episódios prévios de acidente vascular cerebral, dos quais resultou hemiparesia esquerda sequelar, recorre ao serviço de urgência por diminuição da força muscular à esquerda, sensação de "dormência" no hemicorpo esquerdo e cefaleia fronto-parietal esquerda. Verificam-se os défices descritos ao exame objetivo. Em exames complementares de diagnóstico imagiológicos, constata-se alteração do padrão vascular cerebral, com estenoses francas bilaterais ao nível da carótida interna e artéria cerebral média. Ainda, presença de pequenos vasos emaranhados sublenticulares. Este padrão imagiológico é sugestivo de síndrome de Moya-Moya. Foi ainda realizada angiografia diagnóstica, que permitiu confirmar a existência das alterações vasculares já descritas e detalhar com maior rigor a circulação cerebral. Optou-se por não realizar uma estratégia terapêutica invasiva, tendo em consideração os elevados riscos inerentes. Este caso evidencia a já conhecida relação entre síndrome de Moya-Moya e drepanocitose. Pretende-se documentar o caso e rever a evidência atual existente acerca deste síndrome.

CO-19-07

DESAFIO DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NK/T EXTRANODAL TIPO NASAL COM ENVOLVIMENTO MULTIORGÂNICO

Luís Magalhães, João Ananias Gonçalves, Alfredo Martins, António Carneiro
HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Os linfomas NK/T extranodais tipo nasal são raros, especialmente na população europeia e americana, apresentando uma grande variabilidade na apresentação clínica e na morfologia. O seu diagnóstico exige um alto grau de suspeição e o prognóstico varia diretamente com o estadio ao diagnóstico. Apresentamos um caso de um homem de 77 anos, admitido por febre de origem indeterminada com 15 dias de evolução, associada a shivering, astenia, anorexia e mal-estar geral. Lesões cutâneas sugestivas de eritema multiforme. Pancitopenia ligeira desde há 4 meses, com anemia microcítica/hipocrómica, leucopenia e trombocitopenia agravadas. Hepatite com predomínio de padrão de colestase, com bilirrubinas e tempos de coagulação normais. PCR 9mg/dL. Infiltrados pulmonares intersticiais nos lobos superiores, hepatoesplenomegalia e pequenas adenomegalias mediastínicas e retroperitoneais. Progressão rápida para SIRS/sépsis com disfunção multiorgânica, resistente à antibioterapia de largo espectro e corticoterapia sistémica. Sem isolamento de agente infecioso nos estudos efetuados. Não foram identificadas alterações de doença linfoproliferativa no mielograma, na histologia e na imunofenotipagem da medula óssea. Em D11 de internamento desenvolveu choque refratário a volume, foi diagnosticada rutura espontânea do baço e realizada esplenectomia de urgência, tendo o doente falecido no pós-operatório. O exame necrópsico efetuado diagnosticou doença linfoproliferativa com características de linfoma NK/T extranodal de tipo nasal (positiva para CD3, CD4, CD56 NCAM, CD56 NK 1 e granzina, EBER+), com infiltração hepatoesplénica preferencial e envolvimento de gânglios, testículo, medula óssea, pulmões, pericárdio, jejuno e apêndice, sem envolvimento nasal. A baixa especificidade das manifestações clínicas e o padrão de envolvimento orgânico torna difícil o diagnóstico do linfoma NK/T extranodal de tipo nasal como demonstrado no caso que apresentamos

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 — **CAPELA**

MODERADORES: **FÁTIMA CAMPANTE**, **ARMANDO CARVALHO**

DOENÇAS HEPÁTICAS

CO-20-01

LESÕES NODULARES HEPÁTICAS - UM CASO CLÍNICO

Sara Almeida Ramalho, Ana Gonçalves Ferreira, Ana Isabel Tomé, Pedro Correia Azevedo, João Namora
HOSPITAL GARCIA DE ORTA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 77 anos, enviado por febre, calafrios e dor nos quadrantes direitos do abdómen, sem outras queixas. Antecedentes: bronquite crónica tabágica e hábitos alcoólicos. Observação inicial: febril, emagrecido, hemodinamicamente estável, auscultação pulmonar com diminuição generalizada do murmúrio vesicular e observação abdominal com dor à palpação dos quadrantes direitos do abdómen, sem dor no ponto vesicular. Analiticamente: elevação dos parâmetros inflamatórios, fosfatase alcalina 185UI/L, bilirrubina total 1.3mg/dL, sem elevação das aminotransferases. Hemoculturas e urocultura estéreis. Ecografia abdominal: lesões nodulares hepáticas sugestivas de lesões secundárias ou abcedadas, sem outras alterações. Foi drenado o maior abcesso cujo conteúdo foi estéril e a citologia negativa para neoplasia. Tomografia computorizada abdominal: lesões hepáticas sugestivas de abcessos, não se podendo excluir lesões secundárias subjacentes. Efetuada colonoscopia: neoplasia vegetante suboclusiva do cólon sigmoideu – histologia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi descartado tratamento cirúrgico por se considerar neoplasia colorectal metastizada em fase avançada. O doente evoluiu em oclusão intestinal tendo colocado prótese endoluminal, com resolução do quadro. Cumpriram-se oito semanas de ceftriaxona e metronidazole com melhoria clínica e analítica, e com regressão dos abcessos hepáticos, não havendo sinais de secundarização neoplásica noutras áreas. Tornou-se evidente a ocorrência de abcessos hepáticos como consequência da neoplasia da sigmoideia, sem claros sinais de metastização. Realizou-se sigmoidectomia com colostomia terminal no flanco esquerdo. A evolução clínica foi favorável mantendo-se vigilância em consulta. Este caso clínico ilustra a associação de abcessos hepáticos com neoplasia colorectal e a importância da investigação desta neoplasia neste contexto, nomeadamente na ausência de doença hepatobiliar ou outra patologia predisponente.

CO-20-02

MUTAÇÕES DO GENE HFE E HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Pedro Lopes, Sara Sintra, Carlos Filipe, João Porto, Adélia Simão, Manuel Veríssimo, Armando de Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A hemocromatose hereditária (HH) é uma doença autossómica recessiva. A forma mais comum é caracterizada por mutações no gene HFE, que provocam um excesso de absorção de ferro no intestino e progressiva acumulação/sobrecarga em vários órgãos. Objectivos: Estudar a população de doentes com HH e analisar as características semiológicas, analíticas e terapêuticas. Materiais/Métodos: Estudo retrospetivo descritivo e estatístico realizado entre 2005-2015. A amostra foi colhida através da base de dados da Biologia Molecular do Serviço de Patologia Clínica. Foram incluídos doentes seguidos na Consulta de Medicina Interna com homozigotia para a mutação C282Y e H63D e heterozigóticos compostos (C282Y+H63D). Os dados avaliados foram colhidos através da consulta do processo clínico. Resultados: Identificados 91 indivíduos, idade média de 50,5 anos, 72,3% do sexo masculino, 62,4% homozigóticos para H63D, 14,3% homozigóticos para C282Y e 23,1% heterozigóticos compostos para H63D e C282Y. Desta amostra 54,39% dos H63D, 76,92% dos C282Y e 52,4% dos compostos para H63D e C282Y manifestavam HH. Ao nível da semiologia: 17,6% letargia, 9,8% hiperpigmentação, hepatomegalia 64,1%, esplenomegalia 45,1%, cirrose 31,4%, varizes esofágicas 25,5%, diabetes mellitus 70,6%, artropatia 47,1%, hipogonadismo 7,9% e insuficiência cardíaca 29,4%. O valor médio de ferritina 976,2±738,7ng/mL, ferro sérico 175,2±64,0μg/dL, saturação de transferrina 62,1±16,9%. 24 doentes realizaram biópsia hepática e 9 doentes realizaram RM-hepática com sobrecarga de ferro. Comorbilidades 20,9% alcoolismo e 17,6% dislipidemia. Realizam flebotomias ou eritroferese 64,7% da amostra. Conclusão: 43,9% da amostra não apresentavam manifestações da doença. A biópsia hepática não foi necessária para o diagnóstico ou para o início do tratamento. Em muitos doentes, o diagnóstico de hemocromatose não foi realizado pela suspeição desta patologia, mas por outra patologia hepática pré-existente com elevação da ferritina.

CO-20-03

REAL LIFE TRATAMENTO DA HEPATITE C – EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Ana Margarida Peixoto, Fernando Correia, António Ferreira, Rogério Corga Silva, Augusta Silva, José Ramada, João Andrade, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1

A infecção VHC, uma das principais causas de doença hepática crónica, estimada mundialmente em 160 milhões.A terapêutica sofre uma importante mudança em 2011 com os fármacos de Actividade Antivírica Directa (DAA), Boceprevir e Telaprevir, com melhoria na resposta vírica sustentada (RVS) de 40% para 70%. Em 2014, com os 3 novos DAA (Sofosbuvir, Simeprevir e Daclastavir), a literatura descreve taxas de RVS de até 100%. O panorama económico em Portugal, aliado ao preço elevado da terapêutica originou a criação de um Grupo do Infarmed regulador da aprovação de tratamento. Surge em 10.11.2014 o Portal da Hepatite C, para submissão e aprovação de doentes elegíveis para tratamento. Objectivos: Estudo retrospectivo do trabalho conjunto do grupo de Hepatologia e da Consulta de VIH no tratamento da Hepatite C com os fármacos DAA, com o intuito de ilustrar as características dos doentes tratados:bioepidemiológicas, status hepático (grau de fibrose hepática,MELD), características de VHC (genótipo, carga vínica pré-tratamento,terapêutica, tempo de tratamento e resposta). Métodos: Consulta do Portal da Hepatite C do infarmed, consulta subsequente dos Processos Únicos. Incluídos doentes do Grupo de Hepatologia (especialidades de Medicina Interna e Gastrenterologia), e da Consulta de VIH (coinfectados). Resultados: Iniciaram terapêutica, até Fevereiro de 2016, 90 doentes, 66% com genótipo 1, 1% com 2, 20% com 3, e 13% com genótipo 4. O regime mais utilizado foi a associação Ledispravir + Sofosbuvir (71% dos casos).Verificada uma excelente resposta, com CV negativa após 4 semanas de terapêutica em todos os pacientes. 57% dos doentes tratados em 12 semanas. Conclusões:As novas terapêuticas da Hepatite C, quando indicadas,têm uma excelente taxa de resposta. A RVS resolve a doença hepática na ausência de cirrose, e na sua presença pode levar a uma regressão da fibrose hepática, da hipertensão portal, e de complicações hepáticas.

CO-20-04

DOENÇA HEPÁTICA E PANCITOPENIA – COMPROMISSO "PARA ALÉM" DO FÍGADO

Adriana Roque, Rita Alves, João Gonçalo Frade, Adélia Simão, Fernando Rodrigues, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, HEMATOLOGIA CLÍNICA E PATOLOGIA CLÍNICA; CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

INTRODUÇÃO: As citopenias são comuns nos doentes com patologia hepática (HEP), particularmente na cirrose, sendo a sua origem multifactorial e estando associadas a pior prognóstico. OBJECTIVO: Avaliar as características e relação entre a pancitopenia (PAN) e a doença hepática (HEP). MÉTODOS: Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes com critérios de PAN (Hb<13g/dL (homens) e <12g/dL (mulheres), leucócitos<4G/L, plaquetas<150G/L) internados num Serviço de Medicina Interna no ano de 2014. RESULTADOS: Neste período estiveram internados 151 doentes com PAN, 33% (n=50) destes com HEP (76% do sexo masculino, idade 66,4±15,6 anos). Não existiu diferença significativa no tempo de internamento (14,3±14,2 vs 12,5±10,1 dias; p=NS) ou sobrevida média (26,4±21,6 vs 33,5±22,6 meses; p=NS) entre os doentes com PAN+HEP ou apenas PAN. Nos doentes com HEP, a doença hepática (de novo ou descompensada) foi o motivo de internamento em 48% dos casos. A cirrose foi a principal HEP (66%), existindo hipertensão portal, ascite, encefalopatia e varizes esofágicas em 42%, 28%, 16% e 6%, respetivamente. A classificação de Child-Pugh média foi de 8±2 pontos e a de MELD (Model for End-Stage Liver Disease) de 16±8 pontos. 16% dos doentes apresentavam hepatite aguda e 18% atingimento hepático por neoplasia primária ou secundária. Analiticamente apresentavam (média±DP) hemoglobina=9,8±1,6 g/L e leucócitos=2,8±0,8 G/L, existindo diferença significativa entre doentes com PAN+HEP ou apenas PAN relativamente ao VGM (94,8±10,0 vs 91,1±9,5 fL; p=0.03) e contagem de plaquetas (75,8±33,8 vs 93,7±33,5 G/L; p=0.005). As principais hipóteses causais para a PAN foram a própria hepatopatia (64%), a neoplasia (16%) e a infeção (14%). CONCLUSÃO: Apesar da disfunção hepática, particularmente crónica, poder conduzir a pancitopenia, outras causas devem ser excluídas antes de ser atribuída exclusivamente à hepatopatia.

CO-20-05

HEPATITE AUTOIMUNE OU SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO COM CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA ?

Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: A hepatite autoimune (HAI) é uma doença necroinflamatória hepática de etiologia desconhecida. Se não for tratada, geralmente progride para cirrose e insuficiência hepática. CASO CLÍNICO: Mulher, 70 anos, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Polimedicada. Sem hábitos etílicos ou tóxicos. Em dez/2014: prurido nas mãos e pés durante 2 meses. Em set/2015 astenia e dor abdominal difusa. Um mês depois icterícia, náuseas, vómitos, diarreia e colúria. Análises com elevação da fosfatase alcalina (2X o normal) e transaminases (34X o normal). No Serviço de Urgência referia anorexia e perda ponderal de 10 kg. Apirética, ictérica e com desconforto abdominal difuso. Analiticamente: disfunção renal aguda, citocolestase, coagulopatia e serologias víricas (A, B, C, VIH) negativas. TAC abdominal: Fígado e vias biliares sem alterações. Do restante estudo: anticorpos (Ac) anti nucleares (1/160), Ac anti mitocondriais (AMA) e Ac anti-LC1 positivos. Elevação da velocidade de sedimentação e da ferritina, hipergamaglobulinemia IgG, policlonal. Biópsia hepática: intenso infiltrado predominantemente

linfoplasmocítico, hepatite de interface, fibrose e bridging necrosis, concordante com HAI. Iniciou prednisolona (60 mg/dia) e ácido ursodesoxicólico. Na consulta de Medicina melhoria clinica/analítica, sem remissão da doença, trombocitopenia, transaminases praticamente normais e elevação da bilirrubina. Iniciou combinação de azatioprina e prednisolona, cálcio + vitamina D e bifosfonato para prevenção da osteoporose e fez vacinação anti HVA e HVB. CONCLUSÃO: Os síndromes de sobreposição (SS) permanecem controversos na sua classificação, diagnóstico e tratamento. A forma mais comum é a HAI em associação com a cirrose biliar primária (CBP) com uma prevalência de 7-13% Nesta doente, que apresenta citocolestase e Ac AMA positivos, mas ausência de lesões histológicas dos ductos biliares, questiona-se se estaremos perante um verdadeiro SS

CO-20-06

INFEÇÃO POR CMV: UMA CAUSA INCOMUM DE DESCOMPENSAÇÃO DE CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA

Rita Silva, Carla Madureira Pinto, Rui Terras Alexandre, Andrei Gradinaru, Elisa Tomé, Cristiana Batouxas, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - UH BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A descompensação da cirrose hepática é a principal causa de internamento nos doentes com doença hepática crónica (DHC) sendo crucial a identificação dos fatores precipitantes. Estes podem ser uma lesão hepática direta ou o resultado de uma agressão sistémica. A infeção por citomegalovírus (CMV) é habitualmente assintomática no adulto imunocompetente mas o espectro da doença pode ser muito abrangente no imunodeprimido. CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 46 anos, antecedentes de DHC alcoólica diagnosticada há 2 anos sem medicação habitual, com manutenção dos hábitos etílicos até há 3 semanas altura em que inicia quadro de astenia, anorexia, aumento do perímetro abdominal e febre. Foi medicado com levofloxacina (7 dias) e furosemida 80mg/dia. Por persistência dos sintomas recorre ao serviço de urgência. À admissão apresentava-se ictérico, febril, taquicárdico, com ascite de grande volume e edemas moderados até aos joelhos. Analiticamente com anemia macrocítica, monocitose, trombocitopenia, INR: 2.8, TGO: 165U/L, hiperbilirrubinemia indireta e PCR positiva. Realizada paracentese evacuadora e diagnóstica que excluiu peritonite bacteriana espontânea. Rastreio séptico negativo. Por manutenção da febre foi realizado estudo mais abrangente a revelar IgM-CMV positiva (com IgG positiva) e esfregaço de sangue periférico com monolinfocitose sem alterações morfológicas (infeção vírica). Assumida reativação de CMV e iniciada terapêutica com gangiclovir, com melhoria clínica e analítica. Após 8 semanas verificou-se seroconversão com IgM-CMV negativa e IgG marcadamente positiva. CONCLUSÃO: Em cerca de 43% das descompensações de DHC, o fator precipitante permanece desconhecido. Devemos pensar na infeção por CMV em doentes com cirrose descompensada, principalmente quando não há outro fator precipitante óbvio. A reativação da infeção por CMV neste doente é explicada pela depressão da imunidade mediada por células presente na cirrose e que é potenciada pelo abuso do álcool.

SÁBADO - 28 - 08H00 — **PAIOL**

MODERADORES: **SARA LEITÃO**, **ALFREDO PINTO**

DOENÇAS HEPÁTICAS

CO-21-01

PELIOSE HEPÁTICA – CASO CLÍNICO

Clara Borges, Isabel Camões
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Introdução: A peliose é uma lesão vascular rara que afeta maioritariamente o parênquima hepático. Os autores apresentam um caso clínico de insuficiência hepática e trombocitopénia grave por peliose hepática. Caso clínico: Doente do sexo feminino de 43 anos, recorreu ao Serviço de urgência por quadro de astenia, anorexia, vómitos e perda ponderal com um ano de evolução. À admissão, apresentava confusão e lentificação psicomotora, icterícia, hepatomegália palpável e equimoses fáceis. Analiticamente, destacava-se hiperbilirrubinémia, hipoalbuminémia, hipofibrinogenémia, d-dímeros elevados e INR aumentado. De salientar ainda a presença de trombocitopénia grave (<30.000 plaquetas/uL), sem evidência de esplenomegália. A investigação etiológica foi inconclusiva com exceção de heterozigotia genética para o gene da hemocromatose HFE-H63D com alteração da cinética de ferro. O estudo imagiológico revelou múltiplas lesões nodulares hipervasculares, difusamente dispersas pelo parênquima hepático, com diâmetro máximo de 7 cm, sugestivas de peliose hepática e hemangioendotelioma/hemangioma sem evidencia de depósitos de ferro. Dada a possibilidade de se tratar de um fenómeno de Kasabach-Merritt, e com intuito de aumentar o nível de plaquetas, a doente iniciou prednisolona, sem sucesso. A biópsia hepática evidenciou hepatopatia crónica com fibrose acentuada e peliose difusa; a pesquisa de microorganismos de tipo Bartorella pelo método de Warthin-Starry no material de biópsia e por PCR no sangue foi negativa. A doente foi orientada para transplante hepático, mas faleceu de hemorragia intra-abdominal. Conclusão:A peliose hepática é uma patologia incomum, que pode apresentar um largo leque de manifestações clínicas. A extensão do envolvimento hepático e o diâmetro das lesões correlacionam-se com a expressão clinica e risco de hemorragia intra-hepatica ou para a cavidade abdominal A insuficiência hepática com necessidade de transplante, como descrito neste caso clínico é rara.

CO-21-02

OVERLAP SYNDROME HEPATITE AUTO-IMUNE / COLANGITE AUTO-IMUNE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rafael Silva, Leila Cardoso, Diana Gonçalves, João Rua, Fátima Silva, Ana Figueiredo, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Overlap Sydrome é uma entidade rara caracterizada pela sobreposição de patologias autoimunes hepáticas,apresentando-se com quadros de hepatite sobrepostos a alterações colestáticas. Este caso reveste-se de interesse especial pela sua apresentação tardia. Mulher 84 anos, antecedentes de DM tipo 2 e HTA, medicada com metformina 1 g bid, perindopril 2.5 mg id. Internada por astenia, anorexia e icterícia flutuante com 6 meses de evolução. Exame físico inocente, exceto icterícia da pele e das escleróticas. Apresentava valores de fosfatase alcalina (FA) 3x valor de referência (VR), AST 12 xVR, ALT 4 xVR, Bilirrubina total 7.63 mg/dl com bilirrubina directa de 3.5 mg/dl. Ecografia abdominal sem alterações de relevo. Foi suspensa toda a medicação hepatotóxica, sem melhoria. Serologias hepatite A, B, C e VIH negativos. TC toracoabdominopelvico e ColangioRM sem alterações sugestivas de neoplasia. Colonoscopia e endoscopia sem alterações valorizáveis. Mantinha perfil hepático colestático em agravamento (FA 13 XVR e GGT 15 XVR) pelo que se realizou biópsia hepática. Enquanto aguardava o resultado do estudo autoimune e da biópsia iniciou ácido ursodesoxicólico (UDCA),com melhoria franca. O estudo autoimune revelou positividade para anticorpos antinucleares (> 1:1280) padrão homogéneo, anticorpos anti-músculo liso e anti-actina positivos, anticorpos, Ig G >2 x VR e anti-M2 negativos. O estudo anatomopatológico revelou "hipótese diagnóstica mais provável hepatite auto-imune, não se podendo excluir síndrome colestática crónica". Estabeleceu-se o diagnóstico de sindrome de overlap hepatite auto-imune/colangite autoimune. A doente manteve seguimento em consulta mantendo-se assintomática, anictérica, remissão completa da colestase hepática, a cumprir terapêutica com UDCA e prednisolona 10 mg. Este caso salienta a complexidade das patologias auto-imunes, que muitas vezes podem passar despercebidas, sendo fundamental estar alerta para a possibilidade de sobreposição das mesmas.

CO-21-03

PÚRPURA E FEBRE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bernardo Ferreira, José Jácome, Catarina Frias, Valentyna Kryvonos, Graça Martins, Conceição Loureiro, José Malhado
CHLC-HOSPITAL DE CURRY CABRAL, MEDICINA 7.1

Doente do sexo feminino, caucasiana, 93 anos de idade, com história de infeção a virus de hepatite C, internada para esclarecimento de síndrome febril com cerca de 1 mês de evolução associado a lesões purpúricas a nível dos membros inferiores. A febre era de predominio vespertino com pico máximo de 38.0ºC, tendo feito, em ambulatório, curso de levofloxacina sem melhoria. Realizou ecografia abdominal que mostrou discreta hepato-esplenomegália, sem outras alterações. À observação destacava-se apenas temperatura timpânica de 37.7ºC e lesões purpuricas palpáveis, de cor vermelho arroxiadas, com predomínio nas zonas de declive, não pruriginosas. Analiticamente salientava-se ausência de leucocitose ou neutrofilia, trompocitopénia ligeira (123000x10^9/L), provas hepáticas discretamente alteradas (AST 58U/L), PCR (4.9mg/L), eletroforese de proteínas mostrou gamapatia de base alargada. Exames culturais negativos. Foi realizado ecocardiograma e rx-torax sem alterações. Foi pedido estudo da hepatite C com carga viral 4940000 UI/mL (log 6.69log) e genótipo 1b. Feitos doseamento de C3 e C4 que foram normais, fator reumatoide ligeiramente aumentado (23.6 UI/mL) e pesquisa de crioglobulinas positiva com crioglobulinémia mista tipo II. Foi observada por dermatologia que descreveu escassas lesões de purpura palpável resolução em ambos os membros inferiores, tendo prescrito apenas corticoide tópico. Dadas as lesões cutâneas estarem em regressão, a ausência de disfunção renal e neurológica e o desaparecimento da febre no internamento, optou-se por protelar terapêutica dirigida e manter vigilância. A crioglobulinémia mista é uma complicação frequente da infeção crónica pelo virus da hepatite C e, quando sintomática, implica terapêutica dirigida, na maioria dos casos com resolução da mesma.

CO-21-04

"TEA TIME" PARA HEPATITE AUTOIMUNE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

David Ferreira, Rita Meireles, Rui Castro, Manuel Leão, Paula Baptista
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Hepatite Autoimune (HAI) é uma doença hepática crónica com apresentação clínica heterogénea, desde casos assintomáticos até a hepatite aguda. Na sua patogénese parecem estar envolvidos fatores genéticos e imunocitotóxicos, associando-se por vezes um estímulo ambiental. Caso clínico: Mulher, 62 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, sem medicação crónica ou hábitos etílicos. Apresentava ligeira elevação das transaminases desde há vários anos. Enviada ao SU por quadro de astenia, náuseas, aumento do volume abdominal, edema dos membros inferiores, icterícia, colúria e acolia, com 2 semanas de evolução. Referia ingestão de chá de ervanária dias antes do início dos sintomas. Sem história de febre, artralgias ou perda ponderal. À admissão: hemodinamicamente estável, apirética, escleróticas ictéricas, sem flapping, abdómen globoso, com dor à palpação epigástrica, sem sinais de ascite, sem massas ou organomegalias palpáveis, com edemas maleolares. Do estudo efectuado, a destacar: Hb 13gr/dL; Plaq. 120000/uL; AST/ALT 935/711U/L; Bilirrubinas Total/Direta 18/9,6mg/dL; INR 1,85; Albumina 2,3gr/dL. Hipergamaglobulinemia IgG 5056mg/dL, Anticorpos Anti-Nucleares positivos (1/2560), Anti-Actina F, Anti-dsDNA, p-ANCA e Anti-Nucleossomas positivos. Anticorpos Anti-Músculo Liso, Anti-Mitocondriais, Anti-LKM negativos. Serologias víricas negativas. Ceruloplasmina, cobre sérico e urinário normais, ferritina 1484ug/L. Ecografia abdominal: sinais de hepatopatia crónica, sem lesões focais. Endoscopia digestiva alta sem varizes esofágicas. Perante o diagnóstico provável de HAI, iniciou prednisolona 60mg/dia. A biópsia hepática revelou hepatite crónica em estadio de cirrose, infiltrados inflamatórios com plasmócitos e lesões de hepatite de interface. A evolução clínica e analítica foi favorável, com remissão bioquímica às 12 semanas. O presente caso espelha a importância do diagnóstico precoce da HAI, cujo prognóstico pode ser modificado com instituição terapêutica atempada.

CO-21-05

HEPATITE A VÍRUS DA HEPATITE E: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

José Guimarães, Natália Lopes, Ana Rafaela, Joana Cunha, Paulo Carrola, Presa Ramos, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O vírus da hepatite E (VHE) é um vírus com quatro genótipos conhecidos, de transmissão fecal-oral que é a principal causa de hepatite viral aguda em países subdesenvolvidos. Pode cursar com hepatite fulminante, em especial nas grávidas. Os autores apresentam três casos clínicos cujo diagnóstico final foi de hepatite E. Caso 1: Mulher de 63 anos, com sintomas de astenia e anorexia com duas semanas de evolução e que evoluiu posteriormente com icterícia, prurido, colúria, acolia e febre. Negava viagens recentes, contacto com animais, consumo de água não tratada ou contacto com pessoas doentes. Analiticamente destacava-se citólise, colestase e hiperbilirrubinemia. Realizou biópsia hepática que foi sugestiva de hepatite aguda em resolução. A serologia para o VHE foi positiva. Caso 2: Mulher de 58 anos recorreu ao SU por quadro de astenia, anorexia e dejeções diarreicas com cerca de uma semana de evolução. Tinha participado num passeio rural há duas semanas onde consumiu água de poço e comeu queijo não pasteurizado. Analiticamente destacavam-se citólise, colestase e hiperbilirrubinemia. Esteve internada durante 10 dias e a serologia para o VHE foi positiva. Caso 3: Homem de 62 anos, conjugue da senhora apresentada previamente, iniciou queixas de mau estar geral e mialgias quatro semanas após o referido passeio. Teve ainda, enquanto praticava ciclismo, episódio de cervicalgia intensa, com diminuição posterior da força muscular e parestesias nos membros superiores que motivou internamento em Hospital particular durante 3 dias, onde realizou ressonância magnética cervical e eletromiografia a sugerir provável compromisso do plexo cervical inferior. Analiticamente apresentava citólise hepática. Realizou posteriormente serologia para o VHE que foi positiva. A infeção autócrina pelo VHE tem sido cada vez mais reconhecida em países industrializados, sendo frequentemente subdiagnosticada, pelo que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hepatite aguda não explicada.

CO-21-06

SÍNDROMA DE OVERLAP - 50 ANOS DE (DES)CONHECIMENTO

Rodrigo Alves, Ana Moreira, Pedro Ventura, , Sónia Canadas, Paulo Roboredo, Iurie PantaziAdriano Cardoso
ULS GUARDA

A Hepatite Autoimune (HAI) foi a primeira doença do fígado para a qual se descobriu uma intervenção terapêutica eficaz, a corticoterapia. Cinquenta anos depois permanece um desafio diagnóstico e terapêutico explicado pela sua heterogeneidade e baixa prevalência. Doente do sexo feminino, 53 anos de idade, recorre ao serviço de urgência (SU) do nosso hospital devido a elevação das transaminases, da GGT e da Bilirrubina total e directa constatados em análises de rotina. Apresentava um quadro progressivo de anorexia com astenia, cefaleia bi-parietal, náuseas e perda ponderal de 5Kg nos últimos dois meses, sem menção de icterícia, colúria, consumo de chá ou cogumelos, assim como sobredosagem medicamentosa. Medicada habitualmente com Mexazolam 1mg id, Etoricoxib e diclofenac em SOS. No SU, o exame objectivo revelou dor abdominal difusa e ligeira à palpação, tendo as análises confirmado as alterações analíticas e a ecografia abdominal constatou um aumento da ecogenicidade hepática, sem alterações das vias biliares, tendo sido encaminhada para a nossa consulta de Doenças Hepáticas. A investigação revelou: ANA positivo; IgG 2,3 vezes acima do limite superior do normal; Ac. Anti-Músculo liso positivo; Anti-KLM1 negativo; Serologia de HBV, HCV, HIV I-II negativos; Biópsia hepática- fibrose de interface de intensidade acentuada e infiltrado inflamatório linfocítico e plasmocítico; Colangiorressonância-parênquima hepático heterogéneo sem alteração das vias biliares. Concluiu-se, estarmos perante um Síndrome de Overlap hepático, com a HAI a dominar o quadro clínico com características concomitantes de Cirrose Biliar Primária. O

tratamento efectuado obteve resposta favorável com progressiva normalização analítica. Os autores seleccionaram este caso pela raridade e pelas particularidades que esta entidade encerra, motivo pelo qual suscita um debate actual aceso, dada a ausência de critérios validados, para o correcto, e desafiante diagnóstico e tratamento.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30	**SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC**
MODERADORES:	**HELENA TERLEIRA** **FLORBELA GONÇALVES**

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

CO-22-01

NEUTROPENIA FEBRIL EN UN HOSPITAL COMARCAL. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y UTILIZACIÓN DEL ÍNDICE DE MASCC.

Javier Díez de los Ríos, Daniella Nunes, Pere Roura, Marian Navarro, Anna Vilamala, Gianni Lucchetti, Esteban Reynaga
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VIC - BARCELONA

Introducción: La mayoría de pacientes diagnosticados de una neoplasia son tratados con quimioterapia y una de las complicaciones más graves del tratamiento es la neutropenia febril. Objetivos -Caracterizar el perfil epidemiológico y microbiológico de los pacientes ingresados con Neutropenia febril. -Describir los tumores más prevalentes relacionados con neutropenia febril. -Valorar la utilización del Índice de MASCC en el Servicio de Urgencias. Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de todos los casos consecutivos de neutropenia febril desde Enero de 2009 a Diciembre de 2014. Se analizaron el tipo de neoplasia, las muestras microbiológicas, y utilización del índex de MASCC. Resultados: La edad media es de 64 años (IC 0,95: 61-66) y el 61% son hombres. El grupo de tumores más frecuentemente asociado a neutropenia febril son los torácicos y ORL; siendo el Linfoma no Hodgkin la neoplasia más frecuente (16%). En un 72% de los casos los cultivos fueron negativos. Los microorganismos aislados son mayoritariamente BGN (56%), siendo el E. coli (24%) el más frecuente. En Urgencias sólo se ha estratificado el Índice de MASCC en el 6% de los pacientes. La mortalidad relacionada con la neutropenia febril en los pacientes con un Índice de MASCC de alto riesgo es del 71%. Conclusiones: - Los BGN son los gérmenes más frecuentemente aislados a diferencia de los hospitales de tercer nivel que son los cocos positivos y BGN multirresistentes. - La neoplasia más frecuente relacionada con la neutropenia febril es el Linfoma no Hodgkin. - El Índice de MASCC es una herramienta útil para la utilización de recursos pero de momento poco utilizada. Es primordial la educación del personal sanitario para un mejor manejo de una patología grave.

CO-22-02

CARCINÓIDE MÚLTIPLO: UM DIAGNÓSTICO INCOMUM

Ângela Mota, Carla Eira, Sara Machado, Hugo Antunes, Rachel Silvério, Olga Gomes, Eloísa Silva, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: Os carcinóides são tumores neuroendócrinos bem diferenciados, sendo o trato gastrointestinal a sua localização mais comum. Cerca de 10% destes tumores são broncopulmonares, englobando 1-6% de todas as neoplasias pulmonares. Surgem sobretudo em brônquios proximais, apenas 10-20% são periféricos. Os carcinóides podem ser classificados em típicos ou atípicos, estes últimos correspondem a 5-10% dos carcinóides. CASO-CLÍNICO: No Serviço de Urgência foi admitido doente do sexo masculino, 72 anos de idade, com antecedentes de carcinoma papilar tiroideu, por quadro clínico de tosse seca e dispneia de esforço com 3 meses de evolução, astenia e perda ponderal de 4 kg em 2 meses. Referia internamento recente por várias dejeções diarreicas interpretado como gastroenterite infeciosa. Ao exame objetivo com diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Radiologicamente denotava-se nódulo pulmonar subpleural, hipotransparência para-hilar e derrame pleural esquerdos. Realizada toracocentese que classificou o líquido pleural como exsudado, com microbiologia e pesquisa de células neoplásicas negativa. O doente foi internado para prosseguir restante estudo. A tomografia computorizada tóraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas massas mediastínicas e pleurais/subpleurais e nódulos pulmonares bilaterais. O resultado da broncofibroscopia foi inconclusivo e a biópsia trans-torácica da lesão subpleural esquerda revelou carcinoma neuroendócrino de baixo grau/grau intermédio (Carcinóide/Carcinóide atípico). Analiticamente, realça-se a elevação do NSE e do Ácido 5-Hidroxiindolacético. A PET-DOTANOC contribuiu para o diagnóstico em sede pulmonar, com referência a captação de significado incerto a nível abdominal. O caso foi discutido em centro especializado, tendo iniciado Quimioterapia. CONCLUSÃO: A apresentação de um tumor carcinóide com múltiplas massas periféricas é incomum. No estudo de neoplasias, a dicotomia diagnóstica entre primário e secundário deve estar sempre presente.

CO-22-03

OS DOENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NOS SERVIÇOS DE MEDICINA – UM RETRATO DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana João Pissarra, Filipa Ferreira, Joana Graça, Mariana Malheiro, Alice Sousa, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - SERVIÇO DE MEDICINA UNIDADE FUNCIONAL IV

INTRODUÇÃO: As doenças oncológicas têm sofrido nos últimos anos um aumento de incidência, sendo hoje uma das principais causas de morte. Esta realidade tem impacto nos Serviços de Medicina (S.Med) com o aumento do número de doentes (dts) internados. OBJECTIVOS: Avaliar os principais motivos de internamento dos dts oncológicos no S. Med, as patologias que mais condicionam internamento e o outcome dos dts (taxa de mortalidade e dias de internamento), comparando com a média do S.Med. MÉTODOS: Estudo retrospectivo, decorrido num S.Med de 2013-2015. Seleccionados dts internados com neoplasia (neo) maligna e avaliados motivos de internamento, tipo de neo, caracterização demográfica, demora média de internamento e taxa de mortalidade. RESULTADOS: Dos 2770 dts internados 20.7% (N=573) tinham neoplasia maligna ativa, destes 51% do género masculino, idade média de 73.4 anos. A média de dias de internamento foi 14.2, comparando com o S.Med 12 dias. Dos dts internados 82.3% tinham neo de órgão sólido (NOS) e 17.7% hemato-oncológica (HTO). Das NOS a colorectal (23%), mama (15.3%) e próstata (9.6%) foram as mais prevalentes. Os principais motivos de internamento foram infecção 19.5% (45% pneumonia, 31% infecção urinária, 24% sépsis), neutropénia febril pós-quimioterapia 5% e eventos trombótico 4%. Dos HTO 28% tinham mieloma múltiplo e 27.5% Linfoma não Hodking, tendo sido a infecção (30.4%) e a neutropénia febril (6%) as principais causas de internamento. A taxa de mortalidade foi 33.3% (n=191), muito superior à do Serviço 6%, dos quais 84.3% com NOS. Em ambos os sub-grupos a infecção foi a principal causa de óbito. CONCLUSÃO: Uma vez que a maioria dos internamentos e dos óbitos se devem a intercorrências infecciosas, torna-se importante apostar na sua prevenção de modo a diminuir a morbi-mortalidade destes dts. Concluiu-se que a sua taxa de mortalidade é muito superior à média do Serviço, tendo ficado por esclarecer se o estadio da doença tem influência nestes dados.

CO-22-04

UM CASO DE LINFOMA OCULAR

Rosa Alves, Ana Cláudia Vieira, Tiago Judas
HOSPITAL GARCIA DE ORTA; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresentamos o caso de um homem de 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, fibrilhação auricular internado para estudo de tosse, febre vespertina, sudorese nocturna, astenia e perda de ponderal significativa com três meses de duração. À admissão, apresentava-se febril, pálido, hematoma periorbitário bilateral e hemorragia subconjuntival à direita. Analiticamente de referir anemia normocítica normocrómica,

trombocitopenia, LDH aumentada, raros linfoplasmóticos em circulação, pico gama monoclonal, b2 microglobulina aumentada. A investigação de causas infecciosa e auto-imune foi inocente, exceptuando discreta elevação da enzima conversora da angiotensina. Para investigação de causa neoplásica, realizou diversos exames imagiológicos, de que se salientam TC e RMN encefálicas, TC cervico-toraco-abdominal e RMN abdominal, que identificaram adenopatia laterotraqueal direita, trombose do confluente esplenomesaraico e da veia porta, lesões nodulares das glândulas supra-renais e lesões nodulares intra-orbitárias intra-cónicas bilaterais. O PET scan foi compatível com doença neoplásica metabolicamente activa nas áreas já identificadas, evidenciando ainda a presença de adenopatias inguinais. O mielograma e biópsia óssea não apresentavam alterações. Realizaram-se biópsias da glândula supra-renal e de adenopatia inguinal, compatível com linfoma B difuso de grandes células, com áreas de transformação em Linfoma de Burkitt. Referenciado a consultas de Hemato-Oncologia e Cuidados Paliativos, sem condições para quimioterapia, tendo vindo a falecer um mês após o diagnóstico. Os linfomas orbitários representam 10% das massas tumorais orbitais. O linfoma primário da órbita é uma causa rara de linfoma extra-nodal, representando 8% de todos os linfomas não-Hodgkin (LNH) extra-nodais e 1% de todos LNH. Histologicamente, o linfoma MALT é o mais frequente (57%), seguido do linfoma folicular (19%), linfoma B difuso de grandes células e linfoma do manto.

CO-22-05

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR DA GLÂNDULA SUPRA-RENAL COM RECORRÊNCIA CONTRALATERAL

Inês Nogueira Fonseca, Milton Camacho, Afonso Nunes Ferreira, Teresa Rodrigues, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA I

A proliferação de plasmócitos pode apresentar-se como lesões ósseas múltiplas (mieloma múltiplo - MM) ou como lesão única (plasmocitoma solitário), podendo ter origem quer em tecido ósseo (plasmocitoma solitário do osso) quer em tecidos moles (plasmocitoma extramedular– PE). O PE geralmente localiza-se na região da cabeça e pescoço e representa 3% das neoplasias dos plasmócitos. Com apenas 7 casos descritos na literatura, o PE da glândula supra-renal constitui uma entidade rara. Neste caso clinico, descrevemos o primeiro caso de PE da glândula supra-renal com recorrência contralateral após radioterapia optimizada. Caso clínico: Mulher de 80 anos com diagnóstico de gamapatia monoclonal de significado indeterminado a IgG K em 2009, apresenta em 2012 uma massa na glândula supra-renal esquerda de 105x95x80mm, cuja biópsia confirmou o diagnóstico de PE. A doente foi submetida a radioterapia com 48.6Gy durante 5 semanas, sem documentação de doença na PET-TC após o tratamento. Manteve-se sem evidência de progressão da doença até Agosto 2015, altura em que é internada por dispneia e disfagia, sobretudo para sólidos, que aliviava com emese induzida. A TC abdominal, complementada por PET-TC, revelaram uma volumosa massa retroperitoneal, com origem na glândula supra-renal direita, medindo 115x100x66mm, com contacto com o segmento distal do esófago torácico e compatível com recorrência contralateral do PE da glândula supra-renal. A biópsia desta massa era sobreponível ao PE de 2012 - proliferação de células plasmocitárias moderadamente diferenciadas, positivas para cadeias leve lambda, CD138, CD65. Os valores de renina, aldosterona, cortisol e ACTH eram normais. Manometria mostrou espasmo esofágico difuso. Sem critérios diagnósticos de MM. Foi submetida a cirurgia com intuito curativo em Novembro 2015. O pós-operatório complicou-se de choque séptico com foco intra-abdominal por E. coli multi-resistente, evoluindo desfavoravelmente para o óbito.

CO-22-06

ENCEFALITE LÍMBICA AUTO-IMUNE PARANEOPLÁSICA – NEM TUDO O QUE PARECE, É.

Sofia Pinto Correia, Ivo Cunha, Eduardo Eiras, Alexandre Vasconcelos, Sara França, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

A encefalite paraneoplásica (PN) é uma doença inflamatória do sistema nervoso central associada a neoplasia remota (75% associada a carcinoma de pequenas células do pulmão). As manifestações neurológicas precedem o diagnóstico do carcinoma em 80% dos casos e incluem, entre outras, a encefalite límbica (EL), caracterizada por alterações mnésicas, do comportamento, cognitivas e crises convulsivas. Apresenta-se o caso de um homem de 55 anos, com etilismo crónico e estando abstinente desde há 3 semanas, que surge com crises tónico-clónicas generalizadas (CTCG), desvio conjugado do olhar para a direita e hemiparésia esquerda. A tomografia computorizada cerebral mostrou leucoencefalopatia isquémica e redução do volume encefálico, tendo sido assumido diagnóstico de CTCG no contexto de abstinência alcoólica. Posteriormente com lentificação, alterações mnésicas, cognitivas e da coordenação. O quadro progrediu para estado de mal epiléptico (EME) parcial complexo frontal direito confirmado por eletroencefalografia. Realizada punção lombar com líquor (LCR) com discreta proteinorráquia. A ressonância magnética cerebral sugeriu isquemia no território da artéria cerebral posterior direita e edema associado a EME com hipersinal em T2 córtico-subcortical, hipocampo, parahipocampo e tálamo à direita. Dada a lesão não cumprir um território vascular típico, colocada hipótese de EL auto-imune (AI) e iniciou corticóide com boa resposta. O estudo imunológico revelou positividade para os anticorpos anti-NMDAR no soro e no LCR. Perante este diagnóstico foi feito o despiste de neoplasia oculta que demonstrou um nódulo hepático com indicação cirúrgica, histologicamente um hepatocarcinoma moderadamente a pouco diferenciado sugerindo EL AI de etiologia PN. Virtualmente todas as neoplasias podem cursar com EL, podendo estar associadas a autoimunidade. Esta caso distingue-se pela sua raridade, sendo o primeiro caso documentado de EL AI como apresentação inicial de um hepatocarcinoma.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30	**SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC**
MODERADORES:	**HELENA TERLEIRA** **FLORBELA GONÇALVES**

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

CO-23-01

SÍNDROME DE GARCIN – EXPRESSÃO RARA DE NEOPLASIA DA MAMA

Carolina Baptista Simões, Andrea Machado, Nuno Jacinto, Dúlio Passos, Rui M.M. Victorino, João Meneses Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE E.P.E, HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 2 - CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MEDICINA II

A Síndrome de Garcin (SG) caracteriza-se pelo envolvimento progressivo unilateral dos nervos cranianos, na ausência de alterações dos tratos motores ou sensoriais e de hipertensão craniana. Trata-se de uma manifestação rara de patologias neoplásicas, infecciosas, inflamatórias, traumáticas ou auto-imunes que envolvem a base do crânio. Os autores apresentam um caso de SG como manifestação inicial de metastização óssea tardia de neoplasia da mama. Mulher de 74 anos, com adenocarcinoma ductal da mama diagnosticada aos 71 anos, submetida a tumorectomia, radioterapia adjuvante e bloqueio hormonal. Manteve acompanhamento regular, sem evidência de metastização loco-regional ou à distância durante 3 anos. É admitida por hipostesia da hemiface esquerda, diplopia e desequilíbrio da marcha com 2 semanas de evolução. O exame neurológico revelou hipostesia álgica da hemiface esquerda, diplopia binocular na posição primária e de levoversão, ataxia da marcha, hipoacúsia

esquerda, diminuição da força do trapézio esquerdo e desvio da língua para a esquerda aquando da protusão, achados compatíveis com envolvimento unilateral esquerdo dos IV, V, VI, VIII, XI e XII nervos cranianos. Sem sinais de vias longas ou de hipertensão intracraniana. O estudo imagiológico revelou lesão lítica petroclival esquerda com componente de partes moles, com invasão do seio carvernoso, cisterna do gânglio de Gasser, buraco oval, buraco lácero posterior e canal auditivo interno esquerdo. Admitiu-se SG secundária a metastização da base do crânio por recidiva da neoplasia da mama. Iniciou corticoides e radioterapia com resolução da diplopia e da hipostesia da hemiface esquerda mas com persistência da restante clínica. Cerca de 4% dos doentes com neoplasia disseminada têm metástases na base do crânio identificadas em vida. A neoplasia da mama constitui o local primitivo em 21% dos casos, sendo a etiologia mais frequente. No entanto a manifestação constituída pelo SG tem sido raramente descrita na literatura.

CO-23-02

FIBROSE RETROPERITONEAL E CARCINOMA GÁSTRICO

Ricardo Baptista1, Maria Fraga2, Maria João Nunes da Silva2, Diana França2, Cristiana Costa2, João Meneses Santos2, Rui M M Victorino2
SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS DO HOSPITAL DE SANTA MARIA/CHLN1, SERVIÇO DE MEDICINA 2 DO HOSPITAL DE SANTA MARIA/CHLN/FML2

Introdução A fibrose retroperitoneal (FR) é uma situação rara, caracterizada pela presença de placas de colagénio à volta da aorta abdominal, vasos ilíacos, veia cava inferior e ureteres. Cerca de 70% dos casos são idiopáticos e 30% secundários a neoplasias, fármacos, infecções, radioterapia, cirurgias, trauma e amiloidose. A FR associada a carcinoma (ca) gástrico tem poucos relatos na literatura. Os AA apresentam um caso de ca gástrico cuja recidiva se manifestou por FR. Caso Clínico Doente de 65 anos, sexo feminino, submetida a gastrectomia parcial por ca gástrico. Internada 3 anos depois por dor lombar e edema dos membros inferiores. Hb 9,2 g/dl, ureia 109 mg/dl, creatinina 3,6 mg/dl, Na 140, K 4.4, urina 2 sem alterações. TC abdomino-pélvica: massa com densidade de partes moles entre o duodeno e os vasos mesentéricos, rins com boa diferenciação parenquimo-sinusal, hidronefrose bilateral, dilatação dos ureteres até à cavidade pélvica com marcada densificação da gordura adjacente e ao longo do restante trajeto dos ureteres pélvicos, densificação da gordura pré-sagrada, perirectal, retroperitoneal, da raiz do mesentério e espessamento da bexiga. Estes aspetos foram sugestivos de FR. Mamografia, TC torácica, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e cistoscopia normais. Foram colocados cateteres de duplo-J com resolução da insuficiência renal. Biópsia ecoguiada da massa periduodenal: tecido fibroadiposo com infiltração por células isoladas de carcinoma com aspectos imunohistoquímicos sugestivos de ca gástrico. Discussão A FR associada a neoplasia, com excepção do tumor carcinóide, resulta de um processo reactivo a metástases naquele território. É um processo imuno-mediado no qual os macrófagos libertam citocinas estimuladoras da proliferação dos fibroblastos com a ocorrência de fibrose. Os AA encontraram descritos na literatura apenas 12 casos de FR associada a ca gástrico. Esta complicação agrava o prognóstico e frequentemente inviabiliza o uso de Quimioterapia.

CO-23-03

DERRAME PLEURAL: A PONTE PARA O DIAGNÓSTICO DE LINFOMA

Daniela Marques Marto, Nandi Lopes Rodrigues, Teresa Plancha Silva, Maria do Mar Menezes, Lurdes Venâncio, Catarina Salvado, José António Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 7.1

O derrame pleural é uma entidade frequente e que obriga por vezes a exercício exaustivo de diagnóstico diferencial. Apresenta-se o caso de uma mulher de 80 anos, hipertensa, que recorre ao S.U. por quadro de dispneia, cansaço para médios esforços e tosse com 4 dias de evolução, sem febre ou sintomas de insuficiência cardíaca. Por elevação dos parâmetros inflamatórios, e radiografia com reforço hilar direito e hipotransparência da base direita é admitida pneumonia da comunidade e medicada empiricamente. Volta 10 dias depois por agravamento da dispneia. À observação, dispneica, com hipoxémia, auscultação compatível com derrame pleural nos dois terços inferiores direitos, comprovado radiograficamente e admitido como metapneumónico, a motivar internamento. No internamento, realizada toracocentese com saída de líquido pleural compatível com empiema, sem evidência de microrganismos ou células neoplásicas, com melhoria clínica e radiológica. Cumpriu mais 7 dias de antibioterapia empírica. Por derrame refeito, realiza TC torácica que documenta moderado derrame pleural direito, hipertrofias ganglionares, para-traqueais, pré e infra-carinais, algumas de volume considerável. Na investigação dirigida para doença linfoproliferativa salienta-se: biópsia óssea e mielograma sem alterações de relevo; TC abdómino-pélvica com várias formações nodulares hepáticas admitidas como secundárias; neste sentido realizou colonoscopia sem alterações e endoscopia alta que objectivou erosões umbilicadas do corpo gástrico, cujas biópsias revelaram linfoma difuso de grandes células B. Broncofibroscopia com biopsia transbrônquica com alterações similares. Referenciada a Hematologia, ainda em internamento iniciou corticoterapia e 1.º ciclo de quimioterapia atenuada com melhoria clínica. Pretende-se ilustrar com este caso a importância da suspeição clínica num quadro inicialmente interpretado como benigno, cuja investigação culminaria no diagnóstico de doença linfoproliferativa amplamente disseminada.

CO-23-04

PRIAPISMO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA

Ana Isabel Rodrigues, Juvenal Morais, Cristina Sousa, Alfredo Santos, Aníbal Coutinho
HOSPITAL DE FARO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 3

O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo histológico mais comum de linfoma não Hodgkin, representando cerca de 31% dos casos. A incidência europeia é de 3-4/100 000 habitantes-ano. Ocorre predominantemente no género masculino (55%), com uma idade mediana de 64 anos. Geralmente com uma evolução clinica rápida e agressiva, mas com probabilidade de remissão. Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 62 anos, seguido em consulta em Outubro 2015 por anorexia e sudorese noturna com 2 meses de evolução. Objetivou-se esplenomegalia, confirmada por ecografia abdominopélvica. Analiticamente com pancitopenia. Após exclusão de tuberculose, efetuou estudo endoscópico e biopsia osteomedular sem alterações, aguardando TAC toracoabdominopélvica (TAP). Em Dezembro 2015 recorreu ao SU por um priapismo com uma semana de evolução. É internado no Serviço de Urologia, onde é submetido a aspiração, lavagem de corpos cavernosos e shunt distal tipo Al-Ghorab, mas sem resolução do priapismo. É transferido para o serviço de Medicina Interna por agravamento do estado geral (dispneia e anasarca). Na TAC TAP verificou-se derrame pleural, ascite, hepatomegalia, esplenomegalia e conglomerados adenopáticos lombo-aórticas, ilíacas comuns e internas e em sede peri-rectal. Efetuou-se biópsia aspirativa das adenopatias retropélvicas guiada por TAC. Diagnóstico histopatológico: linfoma difuso de grandes células B. Foi submetido a toracocentese terapêutica e diagnóstica, com melhoria da dispneia. Caracterizou-se o liquido pleural como transudado, sem invasão neoplásica. Iniciou quimioterapia com CHOP, verificando-se uma melhoria clínica franca, nomeadamente da dispneia, anasarca e do priapismo que regrediu na totalidade. Conclusão: Através deste caso clínico pode concluir-se que apesar de muito raro, o priapismo pode ser uma das manifestações do linfoma, neste caso pela compressão dos conglomerados adenopáticos retropélvicos que impediam a drenagem do fluxo sanguíneo peniano.

CO-23-05

USO DE RITUXIMAB NO TRATAMENTO DE GANGLIONEURONOPATIA SENSITIVA ANTI-HU – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Gomes Pereira, Rita Vaz, Ana Sofia Teixeira, Ana Lynce, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

INTRODUÇÃO: Os Síndromes Paraneoplásicos Neurológicos (SPN) constituem um conjunto heterogéneo de entidades clínicas, cujos sintomas resultam da resposta imunológica desencadeada por uma neoplasia subjacente. As opções terapêuticas disponíveis passam por terapêuticas antineoplásicas e imunomoduladoras, com resultados, geralmente, pouco satisfatórios. Relatos recentes sugerem que o uso de Rituximab poderá ter um papel importante nestes casos. CASO CLÍNICO: Homem, 74 anos com diagnóstico de adenocarcinoma da próstata há 7 anos, com boa evolução clínica. Há cerca de 3 anos apresentou evidência de progressão da doença com metastização óssea e ganglionar, bem como quadro de polineuropatia sensitiva (com atingimento dos membros superiores e inferiores) de agravamento progressivo. Foi feito o diagnóstico de sindrome paraneoplásico neurológico - ganglioneuronopatia sensitiva com anticorpos anti-Hu positivos. Apesar da quimioterapia dirigida ao adenocarcinoma da próstata, com evidência de estabilização da doença neoplásica, o doente mantinha progressão do quadro neurológico com envolvimento motor e elevada incapacidade funcional. Realizou terapêutica com imunoglobulina, plasmaferese, ciclosporina e corticosteróides mantendo progressão das queixas neurológicas. Nesse contexto foi realizada terapêutica off label com anticorpo monoclonal anti CD20 (Rituximab), na dose 375 mg/m2 (7 sessões), com estabilização do quadro neurológico desde há um ano. CONCLUSÃO: Os SPN contribuem para um aumento da morbilidade associada à neoplasia subjacente. Factores imunológicos parecem estar implicados na sua etiopatogénese, pelo que o uso de terapêutica depletora de linfócitos B poderá ter benefício, como se registou neste caso cliníco.

CO-23-06

O CARCINOMA HEPATOCELULAR NO SERVIÇO DE MEDICINA – REVISÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, Rogério Corga Silva, João Andrade, Diana Guerra
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1 PISO 8

O carcinoma hepatocelular (CH) é a principal neoplasia primária do fígado. Descrevem-se os casos de CH internados num Serviço de Medicina ao longo dos últimos 5 anos. Foram consultados os processos clínicos dos doentes com diagnóstico principal de CH internados entre 01/10 e 12/15. Foram excluídos da análise 7 casos de colangiocarcinoma, resultando num total de 32 doentes. Destes, 30 eram do sexo masculino (87,5%) e 2 do sexo feminino (12,5%) sendo a idade média de 67,38. Mais de 90% apresentavam cirrose e tinham como fator de risco o álcool em 24 casos (75%), HCV em 6 (18,8%), e HBV 5 (15,6%), sendo que em alguns casos haviam mais do que um fator de risco. Foram registadas e analisadas a causa do internamento e presença de complicações de doença hepática, como: encefalopatia hepática, hemorragia digestiva alta, ascite, varizes esofágicas. Foi avaliado o seguimento prévio dos doentes, periodicidade de realização de ecografias, data de realização da última, doseamento de alfafetoproteína. Os autores constataram que na maioria dos casos os doentes não tinham realizadas ecografias abdominais com a periodicidade definida pelas normas de concenso internacional, facto que se refletiu de forma direta no estadio da doença e na elevada mortalidade. Com preocupação, os autores identificaram poucos doentes que preenchiam os critérios de transplantação hepática de Milão. Foi registada a data de óbito e calculada a sobrevida desde o diagnóstico (4,74 meses). Com a caracterização destes doentes os autores procuram sensibilizar para a importância da identificação da população de risco, para a necessidade na monitorização ecográfica e para a rápida orientação dos doentes. Estes fatores são fundamentais no diagnóstico precoce da doença, certamente o fator mais determinante no seu prognóstico. Para os autores, a realidade encontrada, reforça a legitimidade e a importância da existência de uma Unidade de Hepatologia para seguimento e orientação destes doentes.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30 **AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA**

MODERADORES: **EMILIA GUERREIRO**
CARLOS RIBEIRO

DOENÇAS RENAIS

CO-24-01

CASUÍSTICA DE VASCULITES PAUCIMUNES NUM SERVIÇO DE NEFROLOGIA EM 7 ANOS

Josiana Duarte, Joana Marques Martins, Joana Rego Silva, Cristina Santos, Aura Laginha Ramos
HOSPITAL GARCIA DE ORTA; UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

As vasculites sistémicas classificam-se em grandes, médios e pequenos vasos, podendo ser processos primários ou secundários a doenças subjacentes. As de pequenos vasos envolvem frequentemente os rins. As vasculites associadas a anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) são as mais frequentes nos adultos (pico entre 65 e 74 anos) e a causa mais frequente de glomerulopatia rapidamente progressiva. Sem terapêutica têm mortalidade superior a 90%, com terapêutica 24 a 44% aos 4-10 anos. Apresentamos um estudo retrospetivo (Janeiro de 2009 a Dezembro de 2015) incluindo os doentes com diagnósticos principais ou secundários, segundo a classificação internacional de doenças-9: 4476- arterite não especificada; 4478- doenças das artérias e das arteríolas, ncop; 4479- doenças das artérias e das arteríolas, soe e 5804- glomerulonefrite aguda com lesão de glomerulonefrite rapidamente progressiva. Obtida amostra de 17 doentes, na sua maioria homens (n=9), idade média 64 anos e predomínio caucasiano (n=16). Todos os doentes apresentavam, à data de diagnóstico, anemia e insuficiência renal. Destes, 1 não apresentava hematúria ou proteinúria. Laboratorialmente, 11 doentes apresentavam padrão ANCA MPO+ e os restantes 6, ANCA PR3+. Histologicamente mostravam um padrão de glomerulonefrite necrotizante paucimune (6 com esclerose> 50%). Houve remissão em 82% dos casos e recidiva em 23% casos (n=4) após suspensão de terapêutica. Do total, 8 doentes ficaram dependentes de diálise. As complicações mais frequentes foram infecciosas. A taxa de mortalidade foi de 29 % (n=5), consequência de infeções nosocomiais. Conclui-se que, apesar da pequena amostra obtida, os resultados são consonantes com os da literatura. Vasculites sistémicas são um diagnóstico diferencial importante nos doentes com insuficiência renal rapidamente progressiva, com método diagnóstico gold standard, a biópsia renal, e elevadas taxas de remissão em doentes que iniciam o tratamento.

CO-24-02

SÍNDROME DA JUNÇÃO URETERO-PÉLVICA COMO CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carina Lopes, João Mourato Torres, Nuno Monteiro, Manuel Nisa Pinheiro, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Introdução: As causas de Hipertensão arterial (HTA) secundária, embora raras, têm grande importância por serem potencialmente curáveis. Caso Clínico: Mulher de 32 anos, leucodérmica, com HTA diagnosticada há 6 anos. Pai com HTA essencial. Negava hábitos etanólicos ou consumo de drogas. Medicada com anticonceptivo estrogénico, losartan, amlodipina e atenolol. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleias, vómitos e elevação da pressão arterial (PA). Negava dor precordial, palpitações, lombalgia, dispneia, alterações visuais, episódios prévios de palpitações, flushing, alterações do trânsito gastrointestinal ou queixas urinárias. Ao exame objetivo apresentava PA 211/155 mmHg, não diaforética, tons cardíacos regulares e taquicárdicos, sem massas ou

organomegálias na palpação abdominal, os pulsos arteriais eram simétricos e amplos, sem sopros abdominais. Analiticamente: enzimas cardíacas negativas, creatinina 0.80 mg/dL, potássio 3.44 mmol/L e função tiroideia normal. O eletrocardiograma revelava taquicárdia sinusal (102 bpm), sem outras alterações. A ecografia renal revelou rim direito aumentado de volume com múltiplas locas preenchidas com líquido e dilatação crónica do aparelho excretor (atrofia parenquimatosa); o rim esquerdo era normal. A Angiotomografia corroborou a hipótese de síndrome de junção. O renograma confirmou hipofunção renal direita. Apenas medicada com nifedipina 90 mg/dia realizou estudo do eixo renina angiotensina que foi normal. Foi submetida a nefrectomia total direita após o que se constatou uma descida da PA, sem completa normalização tensional mas sendo possível a redução do número de antihipertensores. Conclusão: Os casos descritos na literatura comprovam que a síndrome da junção uretero-pélvica parece ser suficiente para causar HTA mesmo na presença de um rim contralateral normofuncionante. A HTA resolve na maioria dos doentes após nefrectomia ou alívio da obstrução; no entanto, em alguns casos apenas melhora ou não sofre alterações.

CO-24-03

UROPATIA OBSTRUTIVA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Liliana Ribeiro dos Santos, Marisa Paulino & Ana Paula Vilas
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 2B (DIRETOR: PROF. DOUTOR RUI MM VICTORINO)

INTRODUÇÃO: A uropatia obstrutiva (UO) é relativamente frequente e habitualmente reversível. Situações como obstrução completa, rim único, infeção e / ou insuficiência renal associadas têm indicação para desobstrução urgente (nos 1os 8 dias). Já a pionefrose tem indicação para desobstrução emergente (nas 1as 8 horas). Atrasos na desobstrução associam-se a maior risco de infeção e falência renal. OBJETIVO: Caracterizar a população de doentes internados num Serviço de Medicina com o diagnóstico de UO. MÉTODOS: Retrospetivamente identificaram-se os doentes que em 2015 tiveram alta de 2 setores dum Serviço de Medicina com o diagnóstico de UO. Foram caracterizadas a etiologia da UO, percentagem de intervenções urológicas, timing da intervenção, evolução da função renal após o procedimento, tempo de internamento e complicações associadas. Foi admitida significância estatística para $p<0,05$. RESULTADOS: A incidência de UO foi de 1%. A idade média foi 70 anos. A doença renal crónica (DRC) existia à admissão em 41% dos doentes e a doença renal aguda (DRA) em 22%. A neoplasia foi a causa mais frequente de UO. À admissão, 37.5% dos doentes estavam em sépsis. Os microrganismos mais isolados foram E.coli (19%), Proteus sp (8%) e Klebsiella sp (8%). Dos doentes submetidos a desobstrução cirúrgica (21.6%), 75% colocaram nefrostomia, 25% catéter duplo J. A demora média dos doentes intervencionados foi de 15.7 dias e o timing da intervenção de 10,25 dias. No grupo que apenas fez tratamento médica a demora média foi de 9,65 dias ($p>0.05$). Houve melhoria estatisticamente significativa da função renal após desobstrução ($p<0.0008$), sobretudo nos doentes intervencionados na 1ª semana de internamento. A taxa de mortalidade foi de 0% nos doentes intervencionados cirurgicamente versus 6% naqueles que apenas fizeram tratamento médico. CONCLUSÃO: Nos casos de UO com indicação para desobstrução cirúrgica, o prognóstico é melhor nos doentes intervencionados mais precocemente.

CO-24-04

SÍNDROME NEFRÓTICA EM DOENTE COM PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

Raquel Moreira da Cruz, Guilherme Rocha, Ramon Viscaino, António Cabrita
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇOS DE NEFROLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA

A Síndrome Nefrótica (SN) é uma apresentação comum de Nefrite Lúpica (NL) mas não na Classe II. Quando ocorre deve-se suspeitar de outra entidade sobreposta. A coexistência de Doença de Lesões Mínimas (DLM) e NL é pouco conhecida. Os autores apresentam mulher, 29 anos, com Purpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) diagnosticada em 2006, medicada com Prednisolona 1mg/Kg/dia. Reduziu progressivamente corticoterapia, com recidivas persistentes com dose inferior a 10mg/dia. A 17/02/11 apresentou edema periférico, sendo medicada com Furosemida. Um mês depois recorre por agravamento dos edemas. Analiticamente: Plaquetas 53.000, Função renal e ionograma normais, hipoalbuminemia (1.9g/dL), Proteínas totais 4.5 g/dL, sumária de urina com proteinúria 300mg/dL e sedimento com 2-5 eritrócitos/campo. Anticorpos Anti-Nucleares positivos (1/320 Mosqueado), ds-DNA negativo, C3 102 mg/dL, C4 12mg/dL, Anticorpos anti-fosfolipídicos negativos. Biópsia renal com 26 glomérulos com aspetos mesangioproliferativos com túbulos e interstício normais; imunofluorescência direta: depósitos mesangiais C3 (+++), C1q (+++), IgA (++), IgG (+++). Perante SN grave foi admitida a possibilidade de DLM. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com resolução completa dos edemas em duas semanas. Teve 3 recidivas da SN, duas em contexto de infeção e uma em contexto de desmame de corticoterapia, tendo sido associada Ciclosporina. Em Dezembro de 2013 suspendeu Ciclosporina e Prednisolona. Em Abril de 2015, manifestou artrite das interfalângicas proximais das mãos com um mês de evolução e rigidez matinal de 30 minutos. Iniciou Hidroxicloroquina com melhoria clínica. Presentemente em remissão da SN e PTI. A doente apresentou SN corticodependente, com várias recidivas. A clinica, biópsia, evolução e resposta à terapêutica confirmaram a hipótese de SN por DLM.

CO-24-05

UM HEMATOMA DIFERENTE: SÍNDROME DE WUNDERLICH

Filipa Brás Monteiro, Ana Sofia Carvalho, Sofia Ferreira, Rita Mendes, Franciso Silva, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

A esclerose tuberosa é uma doença autossómica dominante com incidência de 1:6000 e cerca de 1050 doentes diagnosticados em Portugal. Pode ser transmitida verticalmente ou surgir como mutação espontânea e caracteriza-se pelo aparecimento de tumores em vários órgãos. Estima-se que um terço dos casos sejam hereditários Reportamos o caso de um doente de 36 anos, com diagnóstico de esclerose tuberosa na infância, apresentando a tríade clássica da doença (convulsões, atraso no desenvolvimento e angiofibromas cutâneos) e angiomiolipomas renais, com início recente de Everolimus para controlo da doença. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal tipo cólica, localizada nos quadrantes inferiores, associada a dejecções diarreicas. Encontrava-se hipotenso, hipotérmico, pálido e sudorético. Na avaliação analítica destacava-se anemia (Hb 8.5g/dl), elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 7.4mg/dl) e hiperlactacidémia (Lact 2.7mmol/L). A tomografia computorizada (TC) revelou: "rins com múltiplos nódulos em relação com angiomiolipomas. Densificação das fascias peri renais à direita, até à pélvis em relação com hematoma retroperitoneal." A rotura de angiomiolipoma seria a causa mais provável para ocorrência de hemorragia espontânea (Síndrome de Wunderlich). Em discussão multidisciplinar (Nefrologia, Urologia, Cirurgia Geral e Medicina Interna) foi decidido manter vigilância clínica e estratégia conservadora, não se preconizando nessa altura quimioembolização da artéria renal. Houve descida de Hemoglobina até 6.4g/dl, tendo sido administrado concentrado eritrocitário com bom rendimento transfusional e sem nova hemorragia em TC de controlo. Apesar de elevação de parâmetros inflamatórios não houve evidência de foco infeccioso. As culturas de produtos biológicos para exame bacteriológico e parasitológico foram negativas. Descreve-se o caso de um doente com uma patologia rara e uma complicação também rara que foi tratado de forma conservadora, com sucesso.

CO-24-06

GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTICA ANTI-MEMBRANA BASAL COM ANTICORPOS ANTI-DSDNA POSITIVOS – CASO CLÍNICO

Clara Borges, Luís Vieira Lemos, Inês Pita, Miguel Joana, Isabel Camões
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Introdução: Os autores descrevem um caso de insuficiência renal rapidamente progressiva por anticorpos anti-membrana basal, com suspeita de nefrite lúpica. Caso clínico: Doente do sexo feminino de 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hipotiroidismo medicado, recorre ao Serviço de Urgência por desconforto abdominal, anorexia, vómitos e diminuição do débito urinário com uma semana de evolução. Analiticamente, apresentava agravamento importante da função renal (creatinina 7,7 mg/dL) com sedimento urinário nefrítico, acidose metabólica e anemia microcítica (hemoglobina 7,7 g/dl). A doente iniciou hemodiálise. A TC torácica mostrou derrame pleural bilateral sem evidência de hemorragia alveolar. No estudo etiológico destaca-se a positividade para o anticorpo anti-membrana basal (369 U/mL), anticorpo anti-dsDNA (522.2 UI/mL) e anticorpos antinucleares. Efetuou biópsia renal com resultado histológico de glomerulonefrite crescêntica anti-membrana basal glomerular, com depósitos lineares, predominantemente IgG, C3 e fibrinogénio. A doente iniciou corticoterapia e ciclofosfamida, sem recuperação de função renal. Conclusão: A doença de Goodpasture e o lúpus eritematoso sistémico são hipóteses diagnósticas a ter em consideração na abordagem da lesão renal aguda. Este caso destaca-se na medida em que relata a co-existência incomum de duas possíveis etiologias de glomerulonefrite rapidamente progressiva.

CO-24-07

SARCOIDOSE: UMA CAUSA MENOS FREQUENTE DE LESÃO RENAL

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Emília Guerreiro, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A hipercalcemia é um problema clínico relativamente comum. As causas mais frequentes são o hiperparatiroidismo primário e malignidade (mais de 90 por cento dos casos). Assim, na abordagem diagnóstica da hipercalcemia é crucial a exclusão destas entidades e, posteriormente, considerar outras hipóteses. Caso clínico: Homem de 53 anos, hipertenso e com dislipidemia. Astenia, anorexia e perda ponderal de 10kg nos últimos 2 meses. Análises do exterior com anemia normocítica, normocrómica e creatinina plasmática de 5,11mg/dl motivam referenciação ao serviço de urgência. Detectada hipercalcemia (cálcio total de 15.5mg/dl) e hiperfosfatemia (5.5mg/dl), com ecografia renal a traduzir nefropatia crónica, sem obstrução. Internado e medicado com pamidronato e fluidoterapia com redução da calcémia e melhoria da função renal. Radiografia de tórax com alargamento hilar bilateral. Foi excluído hiperparatiroidismo primário e despistadas neoplasias. Detetada elevação da enzima de conversão da angiotensina e TC torácico com diversas adenopatias (para-traqueais, infra-carinais, aortopulmonares, periaórticas e lateroesofágicas). Perante forte possibilidade de sarcoidose (SAR), realizou broncofibroscopia com punção eco-guiada (EBUS TBNA). A biópsia revelou "células epitelióides com arranjo sugestivo de granuloma epielióide". Concluiu-se por SAR, estadio I. Neste caso foi Iniciada corticoterapia, com melhoria clinica e analítica atualmente com anemia e discreta lesão renal (clearance creatinina estimado de 43ml/min). Conclusão: A SAR é uma doença sistémica crónica de etiologia desconhecida, caracterizada por infiltração granulomatosa não caseosa. Mais de 50% dos doentes poderão manifestar algum tipo de disfunção renal. A hipercalcemia pode ocorrer em 10-20% dos casos de SAR. Salienta-se neste caso a forma de apresentação com hipercalcemia grave e lesão renal, condição rara e, em situações extremas, potencialmente fatal.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 **SALA DE ATOS - IPVC**

MODERADORES: MARIA ROSÁRIO ARAÚJO; ROGÉRIO CORGA DA SILVA

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

CO-25-01

SEQUESTRO PULMONAR INTRALOBAR: PERÍCIA DIAGNÓSTICA

Joana Sotto Mayor, Diogo Rocha, Rui Rolo, Margarida Robalo, Ana Paula Pacheco, Olinda Caetano, Sofia Esperança, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Homem,22 anos,com infeções respiratórias de repetição.Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 4 dias de evolução de:toracalgia esquerda de características pleuríticas;tosse pouco produtiva,mantendo-se subfebril.Objetivamente:Murmúrio Vesicular simétrico com crepitações na base esquerda. Analiticamente:PCR 270mg/L,leucócitos 179000/uL.Raio X tórax:infiltrado heterogéneo na base esquerda com apagamento do angulo costo-frénico esquerdo.Colheu rastreio séptico,iniciou Ceftriaxone e Claritromicina e internou-se para investigação.Ao 3º dia,com agravamento clinico,dessaturação,necessidade de Mascara de Alto Débito,pediu-se Angio-TC tórax:"Áreas consolidativas nos lobos inferiores (LI),sendo que adjacente à da esquerda,presença de liquido espesso colectado.Co-existência de ramo arterial com origem na aorta abdominal a dirigir-se para o centro dessa área liquida.Quadro provável de infeção enxertada num sequestro pulmonar intralobar da base esquerda".Foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios para maior vigilância e monitorização alterando-se antibioterapia para Meropenem+Vancomicina.Por melhoria clinica admitiu-se um dia depois aos cuidados de enfermaria.Progressivamente, parâmetros inflamatórios em decréscimo,melhoria clinica franca,suspendendo oxigenoterapia ao 8º dia.Cumpridos 14 dias de antibioterapia faz TC de controlo:"melhoria imagiológica com resolução do parênquima consolidado.No LI esquerdo,persistem bronquiectasias císticas."Broncofibroscopia e Pletismografia sem alterações.Teve alta assintomático orientado para Cirurgia Cardiotorácica, sendo dois meses depois submetido a lobectomia inferior do Pulmão esquerdo,com laqueação da artéria anómala.Intervenção e pós-operatório sem intercorrências.Realizou TC de controlo pós-cirurgia onde se verificava a ausência de lobo inferior do pulmão esquerdo.Boa evolução clínica com alta uma semana após a intervenção,retomando gradualmente as suas rotinas diárias e uma qualidade de vida que até então nunca teve.

CO-25-02

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE E ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE - CASUÍSTICA DE 6 MESES NUM HOSPITAL DISTRITAL

Pedro Fortes, Patrícia Serpa Soares, Vera Guerreiro, Ana Maria Grilo, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇOS DE MEDICINA I E II

Introdução - A pneumonia constitui uma causa comum de internamento nos serviços de Medicina Interna (MI), sendo a doença infecciosa com maior taxa de mortalidade nos países desenvolvidos, nomeadamente nos idosos com múltiplas co-morbilidades. Objectivos – Caracterização dos doentes internados em 6 meses nos serviços de MI de um hospital distrital, com o diagnóstico primário de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) ou associada aos cuidados de saúde (PACS), excluindo-se casos de pneumonia nosocomial. Sumarização dos dados demográficos/clínicos, exames complementares de diagnóstico e antibioterapia utilizada. Método – Análise retrospectiva dos processos clínicos / dados de prescrição dos doentes referidos. Resultados – No período estudado, foram internados 239 doentes por pneumonia, com idade média de 79 anos, dos quais 57.7% mulheres. 44.8% eram institucionalizados, 40.2% apresentavam mRS ≥ 4 e apenas 9,6% não tinham quaisquer co-morbilidades relevantes. A duração média de internamento foi de 9 dias. As

apresentações clínicas predominantes foram a dispneia (62.3%) e a tosse (51%). 64% das radiografias apresentavam padrão de consolidação lobar e 15.5% derrame pleural. 48.1% dos doentes tinham insuficiência respiratória (IR) tipo 1. Houve isolamento de agente etiológico (considerando antigenúrias, hemoculturas e culturas de expectoração / lavado bronco-alveolar / líquido pleural) em apenas 9.2% dos casos. Os esquemas de antibioterapia empírica mais utilizados foram a associação de amoxicilina-ácido clavulânico (AAC) e claritromicina (64.1%) e a monoterapia com AAC (20.9%), com necessidade de alteração em 15,9%. A mortalidade foi de 27.6%; especificamente neste grupo, 81.8% correspondiam a PACS e > 70% encontravam-se em situação de dependência total. Conclusões – Destacam-se a importância da idade avançada e da pluripatologia como factores associados a pneumonia, a elevada mortalidade da PACS e a baixa percentagem de isolamento de agentes etiológicos.

CO-25-03

SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E DIABETES MELLITUS TIPO 2 – QUAL A RELAÇÃO?

André Terras Alexandre, Helena Santos Gonçalves, Ana Filipa Rebelo, Sara Raimundo, Teresa Gomes, Abel Afonso
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Introdução: O Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença altamente prevalente e sugerida como fator de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Alguns autores consideram a obesidade fator promotor das duas patologias, embora outros sugiram que esta e o SAOS atuam de forma independente no descontrolo glicémico. Objetivo: Caracterização dos doentes com SAOS e DM2 e avaliação da relação entre a gravidade do SAOS e o perfil glicémico. Métodos: Estudo retrospetivo que incluiu os doentes com DM2 que realizaram estudo poligráfico do sono em 2015 e em que este foi compatível com SAOS (n=63). Avaliados género, idade, índice de massa corporal (IMC), tempo desde o diagnóstico, complicações da DM2, hemoglobina glicada (HbA1c), terapêutica antidiabética e índice de apneia/hiponeia (IAH). Os doentes foram agrupados em função da gravidade do SAOS e foi analisada a sua relação com cada um dos parâmetros. Resultados: Predomínio do sexo masculino (68,3%). Média de idade de 64,0 ± 9,2 anos e IMC 33,6 ± 4,6 Kg/m2. A HbA1c média foi 7,2 ± 1,2%. A maioria dos doentes tinha diagnóstico de DM2 há menos de 10 anos. 60,3% dos doentes não tinham complicações vasculares. 63,5% dos doentes estavam medicados apenas com antidiabéticos orais. 44,5% dos doentes tinham SAOS grave, 31,7% SAOS moderado e 23,8% SAOS ligeiro. Verificou-se uma associação diretamente proporcional e estatisticamente significativa entre a gravidade do SAOS e o IMC ($p<0,05$) e o valor de HbA1c ($p<0,05$), embora o mesmo não tenha ocorrido quando se comparou o IMC e a HbA1c. Conclusão: Os resultados mostraram que o mau controlo glicémico se relacionou diretamente com a gravidade do SAOS. O facto de não ter havido relação estatisticamente significativa entre o IMC e a HbA1c sugere que a obesidade e o SAOS podem atuar de forma independente no perfil glicémico. É necessária mais investigação que esclareça o papel do tratamento do SAOS no perfil glicémico dos doentes com DM2.

CO-25-04

CONDENSAÇÃO PULMONAR EM DOENTE JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Fernandes, Inês Franco, Pedro Gil, Janine Resende, Margarida Correia, Vasco Tavares, João Valente
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é um tumor benigno raro, de etiologia desconhecida. Apesar da sua natureza benigna é assim designado pela sua propensão para mimetizar um processo maligno. Descreve-se o caso de um jovem que recorreu ao serviço de Urgência por dor pleurítica com dispneia, tosse, astenia e febre com 10 dias de evolução. Estava polipneico e febril, a auscultação pulmonar era normal. Apresentava uma hipoxemia ligeira e elevação dos parâmetros inflamatórios. A telerradiografia do tórax mostrou uma opacificação no lobo superior direito (LSD). Internado por pneumonia com insuficiência respiratória tipo 1. Apresentou uma resposta inflamatória sistémica exuberante, sem isolamento de agente e sem resposta a antibioterapia. A tomografia axial computorizada (TAC) torácica revelou extensa consolidação parenquimatosa no LSD com algumas áreas nodulares, consolidações menores nos lobos inferiores e pequeno derrame pleural esquerdo. Manteve o quadro, apesar de múltiplos ciclos de antibioterapia de largo espectro. A broncofibroscopia foi inconclusiva. A imunfenotipagem do sangue periférico e a pesquisa de auto-anticorpos foram negativos. Repetiu TAC torácica que mostrou de novo, uma consolidação menor no lobo superior esquerdo (LSE) e uma imagem nodular bem definida no LSD. Iniciou prednisolona oral. Realizou biópsia aspirativa transtorácica. A histologia evidenciou aspetos muito sugestivos de TMI. Suspendeu a antibioterapia e manteve corticoterapia, com melhoria. Assintomático ao final de 6 meses com corticoterapia em dose baixa. A TAC torácica mostra regressão da consolidação do LSD e do derrame, duas imagens nodulares (LSD e LSE) com cerca de 2 cm de diâmetro. O TMI do pulmão pode mimetizar situações clínicas mais frequentes, nomeadamente processos infeciosos, levando a ciclos prolongados de antibioterapia na ausência de isolamento de um agente. Deve-se suspeitar deste em quadros respiratórios com imagem sugestiva e ausência de resposta à terapêutica.

CO-25-05

TOSSE ASSISTIDA MECÂNICAMENTE NO IDOSO, NO SERVIÇO DE MEDICINA

Alexandra Ferreira, Lourdes Cabezuelo, Ludmila Pierdevara, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE (CHA) - MEDICINA 4- UNIDADE DE LAGOS

RESUMO: Os internamentos prolongados, condicionam uma deterioração física nomeadamente do sistema respiratório. Este fenómeno potencia uma alteração da força da musculatura respiratória que conduz à diminuição da taxa do pico do fluxo expiratório forçado (tosse) e consequentemente na eficácia da função pulmonar. Os doentes com estas alterações, ao adquirir uma doença de foro respiratório, apresentam valores de Fluxo Expiratório (FE) basal baixos, uma tosse ineficaz, complicando o quadro clínico. A técnica mecanicamente assistida é o indicado para facilitar a eliminação das secreções. Dado o perfil dos doentes internados: idoso com multipatologias, nomeadamente do foro respiratório, realizou-se um estudo, aplicando a técnica mecanicamente assistida em comparação com a técnica manual e combinada. OBJETIVOS: Demonstrar a importância da técnica mecanicamente assistida na limpeza brônquica, em doentes internados no Serviço de Medicina com comprometimento do mecanismo de tosse. METODOLOGIA: Realizou-se um estudo transversal, descritivo e quantitativo, no Serviço de Medicina durante 3 meses. Como variáveis do estudo, consideraram-se o FE basal, FE após a técnica combinada e tosse mecânica assistida. Recorreu-se à estatística descritiva e aplicou-se o teste de Freadman para verificar a associação entre as variáveis, com o nível de confiança de 95%. RESULTADOS: Constituiu-se uma amostra por conveniência de 21 doentes, com idade média de 76,09 anos. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as técnicas utilizadas ($p=0,001$), indicando que a técnica da tosse mecânica assistida supera outras técnicas. CONCLUSÕES: A técnica de tosse mecânica assistida é essencial para a higiene brônquica e consequentemente uma melhoria clinica do doente, diminuindo o tempo de internamento e intercorrências nosocomiais. A referir, a demora média do internamento destes utentes teria diminuído globalmente, se não tivessem a aguardar unidades de cuidados continuados.

CO-25-06

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: PREVALÊNCIA DA VACINAÇÃO ANTIGRIPAL E ANTIPNEUMOCÓCICA EM 4 UNIDADES DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

Ines Sanchez, Marta Fernandes, Teresa Bastos, Marcos Teixeira Pedro
ACES GRANDE PORTO IV - USF CASA DOS PESCADORES

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma causa importante de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Na sua evolução ocorrem exacerbações que contribuem para a gravidade da doença. Na prevenção primária das exacerbações a vacinação tem um papel primordial, nomeadamente a vacinação com a vacina anti-gripal e a anti-pneumocócica. Objectivo: Determinar a prevalência da cobertura vacinal antigripal (VAG), no último ano, e antipneumocócica (VAP), nos últimos 5 anos, nos utentes com o diagnóstico de DPOC (R95) ativo no programa Sclínico, inscritos em 4 Unidades de Saúde do Norte de Portugal. Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo, cuja população alvo são os utentes com o diagnóstico de DPOC (R95) ativo no programa Sclínico, inscritos nas Unidades supracitadas. A colheita de dados foi efetuada através da consulta do processo clínico eletrónico (Sclinico e PEM). Os dados colhidos foram analisados recorrendo ao programa informático Excel. Resultados: A população selecionada foi de 641 utentes, dos quais 207 foram excluídos. A análise incidiu sobre 434 utentes. Destes, 83% tinham registo de realização de VAG, no último ano e 21% tinham registo de realização de VAP, nos últimos 5 anos. Conclusão: Os dados encontrados mostram as taxas de prevalência de vacinação nos doentes com DPOC, em 4 unidades de saúde do norte de Portugal. Embora a maioria dos utentes tenha sido vacinada contra a gripe, o mesmo não se verificou com a vacinação anti-pneumocócica.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30 — **SALA DE ATOS - IPVC**

MODERADORES: **MARIA ROSÁRIO ARAÚJO**, **ESTELA RAMOS**

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

CO-26-01

UMA PNEUMONIA VERDADEIRAMENTE ATÍPICA …

Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: A pneumonia organizativa (PO) pode estar relacionada com diversas condições como infeções, doenças do colagénio, neoplasias, uso de drogas e radioterapia (RT). Na PO induzida por RT, o diagnóstico baseia-se na correlação entre o aparecimento dos sintomas e o início da RT. A exclusão de outras causas é mandatória. Geralmente tem rápida melhoria com corticoterapia, mas suscetível de recidiva após redução/suspensão do tratamento. CASO CLÍNICO: Mulher, 56 anos, antecedentes de carcinoma da mama direita, submetida a mastectomia, quimioterapia e hormonoterapia em 2001. Em outubro/2014 recidiva local subcutânea. Reoperada e submetida a RT, até março/2015. Em junho/2015 toracalgia direita, pleurítica. No Serviço de Urgência (SU) apirética, sem dispneia e TAC tórax com condensação do lobo superior direito e do médio com broncogramas aéreos. Medicada para pneumonia. Entretanto astenia, cansaço, tosse seca e dor torácica bilateral. Volta ao SU: febre e crepitações no hemitórax direito. Colheu rastreio séptico, sendo internada sob antibioterapia de largo espectro. Analiticamente: elevação dos parâmetros inflamatórios, anemia e citocolestase hepática. Agravamento radiológico e insuficiência respiratória hipoxémica. Despistada tuberculose pulmonar. Broncofibroscopia sem alterações e estudos citológico e microbiológicos negativos. TAC tórax de controlo com agravamento imagiológico. Colocada hipótese de PO secundária à RT. Iniciou prednisolona (60 mg/dia). Verificada melhoria franca que apoiou o diagnóstico. Teve alta para a consulta, com desmame gradual de corticoterapia e profilaxia para infeções oportunistas. Documentada alteração ventilatória obstrutiva moderada. Recidiva da doença 1 mês depois da redução dos corticóides para 5 mg/dia. Reiniciou 60 mg/dia de prednisolona com melhoria posterior. CONCLUSÃO: Salienta-se a importância da suspeição clínica para o diagnóstico desta entidade rara e o início atempado de tratamento com adequada vigilância/monitorização.

CO-26-02

SINDROME DE MOUNIER-KUHN - CASO CLÍNICO

Raquel Gil, Duarte Soares, Andrei Gradinaru, Rita Silva, José Brizuela, Eugénia Madureira
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA

Introdução: O síndrome de Mounier-Kuhn é uma doença rara, de etiologia desconhecida e que se presume subdiagnosticada. Cursa frequentemente com infecções respiratórias de repetição e bronquiectasias. Caso Clínico: Doente de 50 anos, género masculino, autónomo. Antecedentes de infecções respiratórias de repetição, tuberculose pulmonar aos 40 anos, síndrome restritivo grave, bonquiectasias, fibrose pulmonar. Sem medicação habitual. Foi levado ao Serviço de Urgência por agravamento da dispneia, tosse seca e sudurese nocturna. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 2. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Rx Tórax: traqueobroncomegalia e consolidações pulmonares bibasais. TAC Tórax: Pequeno derrame pleural bilateral, com marcado espessamento pleural difuso de sugestão sequelar e densificações fibroaderenciais parenquimatosas de predomínio subpleural, áreas de componente atelectásico e bronquiectasias de tracção. Zonas de hipotransparência de sugestão inflamatória/infecciosa, com imagens de cavitação, na base esquerda. Foram feitas várias tentativas de ventilação não invasiva que o doente viria a recusar, com necessidade de internamento prolongado e agravamento clínico progressivo, acabando por vir a falecer, tendo sido feitos os seguintes diagnósticos durante o internamento: Sindrome Mounier-Kuhn, Bronquiectasias infectadas com isolamento na expectoração de Klebsiella pneumoniae e Fibrose pulmonar intersticial. Conclusão: Devido a sua apresentação clínica inespecífica, que geralmente consiste de tosse produtiva crónica e infecções respiratórias de repetição, o síndrome Mounier-Kuhn tem o seu diagnóstico estabelecido basicamente pelos métodos de imagem, incluindo a radiografia simples e a tomografia computorizada.

CO-26-03

PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA – CASUÍSTICA DE 3 ANOS E REVISÃO DE UM PROTOCOLO TERAPÊUTICO

Miguel Vasques, Mariana Popovici, Eunice Patarata, Alexandra Gonçalves, Teresa Bernardo, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - SERVIÇO MEDICINA INTERNA 7.2

Introdução: A Pneumonia de Aspiração (PA) é uma causa importante de morbi-mortalidade. Sendo comum, a definição é pouco clara, o que tem implicações terapêuticas. No nosso hospital, o protocolo terapêutico de 1.ª linha é amoxicilina-ácido clavulânico para a PA adquirida na comunidade (PA-AC) e para a PA associada a cuidados de saúde (PA-ACS); piperacilina-tazobactam se PA nosocomial (PA-N) ou se fatores de risco para agentes multirresistentes ou se antibioterapia nos últimos 15 dias. Objetivos: caraterização clinica, abordagem diagnóstica e terapêutica instituída nas PA internadas e avaliação do protocolo (taxa de utilização e impacto no desfecho clínico). Métodos: estudo retrospetivo, descritivo, das PA, com alta entre 2013 e 2015. Incluíram-se doentes com 1) clínica de pneumonia 2) fator de risco para PA ou aspiração presenciada 3) Rx de Torax. Resultados: 65 doentes com PA, excluíram-se 5 (sem critérios de inclusão). Idade média: 78,2 anos; 90% tinham comorbilidades. Demora média: 22,5 dias. A PA-AC representou 32% dos casos. Fatores de risco mais comuns: AVC sequelar e demência (48%, 36%), 6% sem fatores de risco. Culturas realizadas em 53%, isolamento etiológico baixo. Radiologicamente, 17% sem alterações. A adesão ao protocolo foi significativa (PA-AC 79% PA-ACS 78% PA-N 94%), com importante melhoria clínica (PA-AC 53% PA-ACS 44% PA-N 60%), apesar de uma taxa de

mortalidade a 10 e a 30 dias elevada (PA-AC 24% e 40%, PA-ACS 28% e 44%, PA-N 27% e 40%). Procedeu-se a comparação com casos sem aplicação da antibioterapia protocolada e descreveram-se os erros de prescrição mais comuns. Conclusões: a PA afeta uma população mais idosa, com múltiplas comorbilidades. A ausência de escala de estratificação da gravidade da PA limita a interpretação dos dados. O protocolo terapêutico foi maioritariamente cumprido, contudo, dada a inexpressiva taxa de isolamento etiológico, a terapêutica empírica não pode ser dirigida, cursando com elevada mortalidade.

CO-26-04

TUBERCULOSE E ESTENOSE BRÔNQUICA

Miguel Guia, Tiago Serra, Miguel Silveira, Raquel Silva, Cecília Pardal, Fernanda Paixão Duarte
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE; SERVIÇO MEDICINA II, SERVIÇO PNEUMOLOGIA

A Tuberculose Pulmonar é uma entidade nosológica com diversos tipos de apresentação, alguns dos quais atualmente raros, como é o caso da estenose brônquica. Com vista à exposição desta forma de manifestação, apresenta-se um doente do sexo masculino, 52 anos, raça negra, médico, ex-fumador, seguido por polimiosite (para a qual ainda não estava medicado), que iniciou quadro insidioso de dificuldade respiratória, acompanhada por episódios de tosse produtiva com expetoração muco-purulenta, de difícil expulsão, sem febre ou perda de peso. O doente havia realizado 20 anos antes terapêutica antibacilar por Tuberculose Pulmonar. O estudo funcional respiratório identificou síndrome obstrutivo ligeiro, discretas alterações da função motora dos músculos respiratórios e ligeira diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Por agravamento progressivo do quadro foi internado. Verificou-se anemia de doença inflamatória, aumento da velocidade de sedimentação, com serologia negativa para vírus da imunodeficiência humana adquirida. A tomografia computorizada torácica evidenciou espessamento do brônquio principal esquerdo, com redução do calibre do lúmen. O doente foi submetido a broncofibroscopia, onde se confirmou estenose do brônquio principal esquerdo. Fez broncoscopia rígida, com dilatação mecânica e colocação de prótese. A citologia das secreções brônquicas foi negativa para células neoplásicas, tendo-se identificado bacilos ácido-álcool resistentes com a coloração de Ziehl-Neelsen. Nas biópsias brônquicas não foi encontrado tecido de neoplasia, tendo-se observado bacilos ácido-álcool resistentes no estudo imuno-histoquímico com coloração de Ziehl-Neelsen. O exame cultural foi positivo para micobactérias. Iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e prednisolona. Pretende-se assim alertar para as diversas formas de apresentação que a Tuberculose pode assumir, devendo estar incluída no diagnóstico diferencial de obstrução brônquica localizada.

CO-26-05

UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE FIBROSE CÍSTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alexandra Esteves, Duarte Silva, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: A fibrose cística (FC) manifesta-se como uma doença multissistémica grave, com infeções respiratórias bacterianas frequentes, bronquiectasias, disfunção gastrointestinal, alterações da função pancreática exócrina, das glândulas sudoríparas e do sistema urogenital. É causada por um distúrbio monogénico autossómico recessivo do gene RTFC que codifica um canal de cloro normalmente presente na membrana citoplasmática das células epiteliais. Os sinais e sintomas surgem normalmente durante a infância, comprometendo seriamente a esperança de vida dos indivíduos. No entanto, uma proporção ainda significativa dos doentes é diagnosticada após os 18 anos. Caso Clínico: 23 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Vários episódios pneumonias de repetição, motivo pelo qual foi enviado à consulta de Medicina Interna. Realizou TC de tórax que mostrou bronquiectasias milimétricas nas bases de ambos os pulmões. Provas de função respiratórias normais e estudo analítico, serológico e imunológico sem alterações específicas (IgE total 1202, VS 29 mm, PCR: 7.8 mg/dL, ADA: 27, IGRA: negativo). Espermograma com teratozoospermia, baixa concentração, motilidade e vitalidade dos espermatozóides. Apesar de estudo genético negativo, doseamento de cloro no suor em 3 medições positivo. Conclusão: Para além do diagnóstico tardio da FC ser raro, a confirmação genética é difícil. Dada a diversidade dos sistemas afetados pela FC, os doentes devem ser tratados de forma próxima e sistemática.

CO-26-06

QUANDO UMA GASTROENTERITE A SALMONELLA TEM UMA EVOLUÇÃO INESPERADA

Luís Ramos dos Santos, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução O Pneumomediastino Espontâneo (PE) resulta geralmente de manobra de Valsalva forçada, podendo ocorrer durante o trabalho de parto ou com tosse ou vómitos intensos. É pouco frequente, surgindo sobretudo em homens jovens ou grávidas. Objectivo: alertar para uma causa de toracalgia no Serviço de Urgência. Métodos: consulta do processo clínico após consentimento informado. Caso Clínico Homem, 28 anos, enviado ao Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica no hemitórax direito com irradiação cervical, tosse seca e aumento do volume cervical com 1 dia de evolução. Referia ainda náuseas, vómitos, diarreia aquosa e febre 2 dias antes do início das queixas respiratórias. Ao exame objectivo: vigil, orientado, corado e hidratado, hemodinamicamente estável, subfebril (37.3ºC), tumefacção da região cervical e paraesternal direitas com crepitação subcutânea, auscultação cardiopulmonar sem alterações e abdómen indolor, sem organomegálias palpáveis. Gasimetria arterial em ar ambiente sem alterações gasimétricas ou ácido-base. Analiticamente hemograma sem alterações, ureia 44, creatinina 1.24, potássio 3.1, sódio 133, proteína C-reactiva 63. Para exclusão de ruptura esofágica com mediastinite realizou endoscopia digestiva alta que não mostrou alterações; tomografia computorizada de tórax que mostrou enfisema subcutâneo cervical e torácico com pneumomediastino extenso; colheu 2 hemoculturas, positivas para Salmonella do grupo D. O doente foi internado para tratamento conservador por PE no contexto de vómitos intensos. Manteve-se apirético e hemodinamicamente estável. Remissão total dos vómitos ao 3º dia e alta ao 7º dia após estabilização iónica, sem necessidade antibioterapia. Conclusão O PE deve ser suspeitado perante uma história clínica e achados físicos sugestivos. O exame físico e a radiografia do tórax bastam para o diagnóstico. O tratamento é geralmente conservador com oxigénio, analgesia, antieméticos e antibióticos se elevação dos parâmetros de infecção.

SÁBADO - 28 - 08H00	SALA DE ATOS - IPVC
MODERADORES:	AIDA CORDERO VASCO BARRETO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

CO-27-01

ENFISEMA SUBCUTÂNEO E PNEUMOMEDIASTINO DURANTE EXTRAÇÃO DENTÁRIA

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: Enfisema subcutâneo (ES) é uma complicação rara da extração dentária, progressivamente mais reportado atendendo à diversificação dos procedimentos dentários. O fator etiológico que parece ter maior importância é a utilização de broca pneumática de alta velocidade. Caso clínico: Mulher de 20 anos, puérpera há cerca de um mês, com múltiplas cáries dentárias, submetida a tentativa de extração do segundo molar inferior direito. Durante o procedimento iniciou quadro de ES da hemiface direita com envolvimento periorbitário, com extensão à região cervical, supraclavicular bilateral e esternal, sem dificuldade respiratória ou instabilidade hemodinâmica. Avaliação analítica

e eletrocardiográfica sem alterações. A radiografia do tórax mostrava ar subcutâneo localizado à região cervical, supraclavicular e mediastínica. A tomografia computorizada (TC) exibia "enfisema da hemiface direita, estendendo-se aos compartimentos cervicais de forma assimétrica e ao mediastino anterior, médio e posterior, sem coleções líquidas; compromisso assimétrico do espaço dos mastigadores de predomínio direito condiciona assimetria e redução do diâmetro transverso da coluna aérea da orofaringe; sem pneumotórax ou derrame pleural". Iniciou antibioterapia profilática com amoxicilina 3 g/dia e metronidazol 1500 mg/dia, durante 14 dias; procedeu-se a extração de raiz inclusa e quisto radicular. Na reavaliação por TC cervical e torácica "marcada diminuição do volume do ar presente no pescoço e no tórax, algum ar nos espaços mastigador direito, parafaríngeos, carotídeos, subcutâneos e no mediastino anterior". Ao nono dia teve alta clínica com reavaliação, após quinze dias, por radiografia torácica que mostrava reabsorção total do pneumomediastino e ausência de sinais de ES. Conclusão: descreve-se uma complicação rara na cirurgia oral e maxilofacial, onde a suspeição clínica precoce e a atuação profilática ditam o prognóstico dos doentes no pneumomediastino secundário a extração dentária.

CO-27-02

DERRAME PLEURAL – A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Darlene Adolfo, Fernanda Maçoas, Cristina Sequeira, João Correia
ULS GUARDA / HOSPITAL SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O derrame pleural corresponde a uma acumulação anormal de fluído ao nível do espaço pleural, sendo a manifestação mais comum de doença pleural. Tem como causa uma grande variedade de entidades nosológicas que requerem investigação diagnóstica e tratamento específico. Objetivo: estudo das características clínicas, citoquímicas, microbiológicas, anatomo-patológicas, diagnóstico e prognóstico dos doentes com derrame pleural internados num Serviço de Medicina Interna (SMI). Métodos: estudo retrospetivo dos doentes internados com o diagnóstico de derrame pleural de 1/1/2015 a 31/12/2015 num SMI. Resultados: foram incluídos 262 doentes (7% dos doentes internados neste período), 57% do sexo masculino e 43% do sexo feminino, com idade média de 78 anos. As principais comorbilidades dos doentes foram a hipertensão arterial (73%) e a insuficiência cardíaca (IC) (60%). O sintoma mais frequente foi a dispneia (70%) e em 81% dos casos o diagnóstico de derrame pleural foi realizado por radiografia de tórax. A maioria dos derrames pleurais era unilateral (61%) e de pequeno volume (51%), sendo apenas de grande volume em 10% dos casos. A toracocentese foi realizada em 83 doentes (32%), sendo exsudado em 57% das situações (n=47) e transudado em 43% (n=36). Foram realizadas 10 biópsias pleurais (12%) e 16 broncofibroscopias (19%). A IC (65%), as pneumonias (15%) e as neoplasias (12%) foram as causas mais frequentes. A mortalidade global foi de 16% (n=41). Conclusão: O derrame pleural é uma entidade clínica frequente no SMI e pressupõe uma abordagem diagnóstica e terapêutica atempadas.

CO-27-03

PNEUMONITE INTERSTICIAL DE CAUSA NÃO INFECCIOSA INDUZIDA PELO INFLIXIMAB

Adalmira Gomes,Eder Fernandes,Yuriy Korotkevycch,Denise Pinto, Jose Vaz
HOSPITAL JOSE JOAQUIM FERNANDES MEDICINA INTERNA I BEJA

A ocorrência de problemas pulmonares em pacientes com doenças inflamatórias intestinais é rara, tendo sido descrita pela primeira vez em 1976 como efeito secundário extra-intestinal dos fármacos usados para o controlo da inflamação. Caso clínico: M.S.M.T. sexo feminino, com 52 anos de idade, com diagnóstico de colite ulcerosa (CU), diagnosticada há 2 anos, com média de 2 internamentos por ano, resultado da agudização da sua patologia de base, tendo sido associado o infliximab, à sua terapêutica. Assim a doente estava medicada com: pentasa 3mg/dia, omeprazol 20md/dia, inderal 10mg SOS, aerius e infliximab 2/2 meses. Acorreu ao SU por dispneia a pequenos esforços, com agravamento progressivo e tosse. Encontrava-se hemodinâmicamente estável, polipneica, com saturações periféricas de O2 85%, AP-com fervores crepitantes bilaterais dispersos. Gasometria sob 3LO2 apresentava IR1 ligeira, alcalose respiratória e 93% de saturações. Rx do tórax mostrava padrão compatível com doença intersticial. TAC do tórax mostrava opacidades parênquimatosas pulmonares em ambos campos pulmonares, de predomínio periférico subpleural, aparente espessamento de septos interlobulares com tendência a confluência, padrão de pneumonia eosinofilica crónica. Alterações analíticas: LDH 613, PCR 3.70. Foi internada para estudo, com alta dose de corticóide e suspensão do infliximab e pentasa. No internamento realizou lavado bronco-alveolar (cultura para germens, BAAR e DNA para o BK foi negativo), razãoCD4/CD8 0.95 na citometria de fluxo. Após melhoria clinica e imagiologica, teve alta sob coorticoterapia e encaminhada para a Consulta Doenças do Intersticio de Pneumologia. Os autores vem chamar atenção ao facto de que os agentes anti-TNF-α pode induzir toxicidade pulmonar, mesmo a longo prazo, havendo necessidade de vigilância elevada para a ocorrência de sintomas respiratórios em pacientes submetidos a tratamento biológico.

CO-27-04

PNEUMONIA NO CONTEXTO DE H1N1 COM NECESSIDADE DE ECMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

João Gonçalves, Ricardo Marinho, Andrea Mateus, Catarina Castelo Branco, Raquel Martins, João Neves, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) é uma técnica de suporte vital extracorporal, alternativa terapêutica no ARDS grave e que permite reduzir significativamente os parâmetros ventilatórios, estabelecendo uma ponte para o tratamento e a recuperação da lesão pulmonar. Caso Clinico Doente de 45 anos, com antecedentes de HTA e Obesidade. Trazida ao SU por dispneia e síndrome febril com cerca de 10 dias, tendo já realizado antibioterapia por hipótese diagnostica de Pneumonia, sem benefício com persistência da febre (40ºC) e tosse com expectoração. A admissão no SU hipotensa, taquicardica, baixa SatO2, com fervores crepitantes e sibilos dispersos. Analiticamente: Hb 8.9 g/dl. neutrofilia sem leucocitose, PCR 33.7 mg/dl. Rx de tórax com hipotransparência bilateral. Por insuficiência respiratória parcial (PaO2 44.2 mmHg), lactato 2.2 com necessidade de ventilação mecânica foi transferida para UCIP deste hospital. Colhidos exames culturais, foi associado a terapêutica oseltamivir por não se excluir etiologia viral. Apresentou agravamento rápido, com ARDS grave, necessidade de decúbito ventral, sem melhoria, pelo que se transferiu para CHLC para realização de ECMO, que manteve durante 18 dias. A PCR de H1N1 estirpe 2009 foi positiva completando 10 dias de oseltamivir. Intercorreu com febre, pneumotórax esquerdo com necessidade de drenagem, pneumonia nosocomial e miopatia ligeira com desmame ventilatório difícil e necessidade de VNI. Apos estabilização clinica foi transferida para este hospital, mantendo-se clinicamente bem, sem sinais de insuficiência respiratória. Conclusão Os autores apresentam um caso clinico de Pneumonia por H1N1. A pneumonia viral é considerada de menor gravidade, se comparada à pneumonia adquirida na comunidade bacteriana. Contudo, com a epidemia de influenza A H1N1 em 2009, observou-se que grande parte dos indivíduos infectados pelo vírus evoluiu para ARDS com mortalidade alta.

CO-27-05

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NOS MUITO IDOSOS

Eduardo Carvajal,Cristina Carrera,Andreia Teixeira,Ana Santos,Francine Moraes,Maria Del Mar Barba,Aida Cordero,Jose Del Aguila,Juan Alba,Juan Urbano,Vera Escoto
HOSPITAL SANTA LUZIA DE ELVAS

Introdução: A Ventilação Não Invasiva (VnI) tem benefício comprovado no tratamento dos doentes com insuficiência respiratória crónica com pCO2 > 55 mmHg ou agudizações frequentes, distúrbios do sono isolados ou associados à insuficiência cardíaca e em síndrome restritivos graves. Nos doentes muito idosos, terapêuticas com benefício comprovado podem não obter os mesmos resultados ou não serem utilizadas pelo prejuízo na qualidade de vida. A VnI nos muitos idosos é por isso motivo de debate. Métodos: Estudo retrospetivo de

doentes sob ventiloterapia em consulta externa entre Outubro de 2013 e Agosto de 2015. Avaliamos o cumprimento e eficácia da VnI em doentes muito idosos (idade ≥75 anos) usando como grupo de controlo doentes com idade ≤65 anos. Avaliada também a diferença antes/após início de VnI no que concerne a: impacto na qualidade de vida (escala de Epworth), critérios objetivos de resposta (índice apneias/hipopneias) e número de internamentos. Resultados: Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de muito idosos (n=41) vs controlo (n=22), no que respeita ao cumprimento da terapêutica (75% vs 68%, p=0.58); resposta (27.5 vs 26.1, p =0.75); qualidade de vida (4.1 vs 4.8, p= 0.76) e internamentos (0.64 vs 0.43, p=0.49). O grupo de doentes muito idosos usa a VnI mais horas/noite (7.0 vs 3.1 horas, p=0.03). Conclusão Ao contrário da noção prévia de que a VnI pode acarretar um impacto negativo na qualidade de vida, neste estudo verificou uma ausência de diferença entre muito idosos e não idosos em termos de cumprimento, eficácia e qualidade de vida. Estes dados sugerem uma equivalência de benefício do uso de VnI entre jovens e muito idosos, não devendo a idade ser usada como critério de exclusão.

SÁBADO - 28 - 08H00	SALA DE ATOS - IPVC
MODERADORES:	AIDA CORDEIRO VASCO BARRETO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO-27-06

OPCOES TERAPÊUTICAS EM HIPERTENSAO

André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Donato, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

OBJETIVO Determinar a associação entre os diferentes tipos de hipertensão e variedades de antihipertensores na consulta de hipertensão complicada medida com MAPA. MÉTODOS Foram recolhidos e analisados processos clínicos e MAPA dos doentes da consulta de HTA, incluindo idade, gênero e controlo da tensão arterial diurna e noturna embaixo de 140/90 e 125/75 respetivamente. RESULTADOS Foram recolhidos 168 processos clínicos e resultados do MAPA de 98 mulheres (58,3%) e 68 homens (41,6%). A média de idade foi 60.4 anos, 62,5 nas mulheres e 57,2 nos homens. Encontrou-se que os medicamentos mais usados na hipertensão dipper foram hidroclorotiazida em 39 doentes (50.64%), telmisartan em 27 doentes (35%) e candesartan em 13 doentes (16%) para um total de 77 doentes. No tipo não dipper também foram usados hidroclorotiazida em 34 doentes (47%), telmisartan em 24 doentes (33%) e enalapril em 12 doentes (16%) para um total de 71 doentes. Com respeito aos tipos de hipertensão menos frequentes no tipo extreme dipper o medicamento mais usado foi o hidroclorotiazida em 7 doentes (43%) e amlodipina em 6 doentes (37%) para um total de 16 doentes. Por enquanto no tipo inverted dipper nebivolol e amlodipina foram prescritos e usados em 2 de 5 doentes (40%) As variedades de medicação mais frequentemente utilizadas somando todos os tipos de hipertensão mostraram diferenças por gênero, mas estas não foram estatisticamente significativas, (P>0.05) sendo prescrita hidroclorotiazida em 81 doentes (47 mulheres e 34 homens) e telmisartan em 56 doentes (36 mulheres e 20 homens). CONCLUSOES: Encontrou-se que as mesmas variedades de medicação tiveram efeitos diferentes no tipo de hipertensão. Isto pode ser explicado por outros fatores como a variabilidade genética dos indivíduos, a semi-vida dos medicamentos entre outros. Contudo é importante salientar o valor do MAPA da tensão arterial como uma importante ferramenta no diagnóstico e vigilância da terapêutica na consulta de Hipertensão

SÁBADO - 28 - 08H00	AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
MODERADORES:	NARCISO OLIVEIRA LUIS DUARTE COSTA

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

CO-28-01

SINDROME FEBRIL EM DOENTE DIABÉTICO SUBMETIDO A MIOMECTOMIA DE MORROW

Tânia Sales Marques, José Pereira, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Caso clínico: Homem, 56 anos, com Diabetes mellitus tipo 2, insulino tratado, cardiomiopatia isquémica hipertrófica, submetido a miomectomia de Morrow em 2010 e com doença renal crónica em estádio 3. Inicia quadro de astenia, anorexia, febre elevada associada a hipersudorese noturna, artralgias simétricas associadas a edema e de predomínio nas grandes articulações (sacroilíaca, joelhos e ombros), lesões de coceira em ambas as pernas associadas a prurido e tosse seca irritativa com cerca de 3 semanas de evolução. Dos exames complementares de diagnóstico destacou-se: anemia microcítica e hipocrómica de novo (Hb 10g/dL, VGM 79.1fL, HGM 26.2pg), trombocitose (630 000/uL), leucocitose (19 700leuc/mcl), neutrofilia (18 010neut/md), PCR 20.8mg/dL, creatinina sérica 1.25mg/dL e discreto aumento da LDH (476U/L). Iniciou Ceftriaxone e Doxiciclina empiricamente por suspeita de Rickettsiose/Doença de Lyme e foi proposto internamento no Serviço de Infeciologia. À admissão apresentava agravamento da anemia microcítica e hipocrómica (Hb 7,7g/dL), RDW 14.3%, haptoglobina aumentada, bem como parâmetros inflamatórios elevados, com ferritina de 7510ng/mL, aumento das transaminases hepáticas e da LDH (991U/L) e estudo imunológico negativo. A Tomografia Computorizada toraco-abdomino-pélvia revelou várias adenopatias mediastínicas paratraqueais, abdominopélvicas e esplenomegália ligeira. Com o preenchimento de 3 critérios major e 5 minor de Yamaguchi e exclusão de doenças infeciosas, neoplásicas ou auto-imunes, assumiu-se diagnóstico de Doença de Still do Adulto (DSA). Iniciou corticoterapia com melhoria clinica desde o primeiro dia. Atualmente o paciente apresenta-se assintomático. A DSA é uma doença inflamatória sistémica, rara e de etiologia desconhecida. Com incidência anual de cerca de 0.16/100,000 pessoas. A apresentação mais habitual consiste numa síndrome febril indeterminada, tal como neste doente, na presença de critérios clínicos e laboratoriais definidos.

CO-28-02

DOENÇA DE STILL DO ADULTO REFRATÁRIA

Miriam Cimbron, Ana Carolina Furtado, Paula Macedo, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Doença de Still do Adulto (AOSD) é uma doença inflamatória rara caracterizada por picos febris diários, artrite e exantema evanescente de cor salmão. A sua etiologia permanece desconhecida, tendo sido implicados fatores genéticos, imunológicos e infeciosos que atuam como trigger de uma resposta imune desregulada em indivíduos geneticamente predispostos. A terapêutica convencional com anti-inflamatórios não esteroides, corticosteróides e agentes anti-reumáticos modificadores de doença não biológicos é eficaz em 60% dos casos, sendo que nos casos refratários é necessária a introdução de agentes biológicos. Caso Clínico: Uma mulher de 30anos foi internada para estudo de síndrome febril arrastado associado a odinofagia, poliartralgias transitórias de caráter inflamatório e rash cutâneo róseo maculopapular, salientando-se na avaliação laboratorial leucocitose 19000mm³, velocidade de sedimentação 100mm/h, proteína C reativa 24,78mg/dL e hiperferritinemia 4205,14ng/mL. Após exclusão de causas infeciosas, neoplásicas e autoimunes, foi feito o diagnóstico de AOSD por apresentar 4critérios major e 4critérios minor de Yamaguchi. Fez 3pulsos de Metilprednisolona 500mg endovenosa por sintomatologia sistémica exuberante e foi iniciada Prednisolona (PDN) na dose

de 1mg/Kg/dia, com melhoria transitória. Apesar de medicada em ambulatório com PDN 20mg/dia, Metotrexato 25mg/semana e Naproxeno 1000mg/dia, manteve doença ativa com picos febris e poliartralgias intensas, pelo que foi iniciada terapêutica com Tocilizumab 8mg/Kg a cada 4semanas, permitindo o controlo dos sintomas sistémicos e articulares e a redução da dose de corticosteroides. Conclusão: A AOSD constitui um diagnóstico raro de exclusão e de etiologia desconhecida. Os dados dos mais recentes estudos genéticos, imunológicos e dos ensaios clínicos dos fármacos biológicos permitiram uma melhor compreensão da fisiopatologia e controlo da sintomatologia da doença, com particular interesse nos casos refratários.

CO-28-03

PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN NO ADULTO - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Ana Rita Cambão, Ana Sofia Costa Matos, Ana Margarida Peixoto, Daniela Peixoto, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 1

A púrpura de Henoch-Schonlein (PHS), constitui uma vasculite de pequenos vasos, associada a deposição tecidular de imunocomplexos de IgA. A etiologia continua por esclarecer, considerando-se o envolvimento de fatores imunológicos, genéticos e ambientais. Apresenta-se o caso de homem de 67 anos, assintomático até Maio de 2005, quando surgem astenia e lesões purpúricas nos membros inferiores. Posteriormente inicia náuseas, vómitos, dor abdominal em cólica, artrite migratória, bem como agravamento da púrpura, com extensão a toda a superfície corporal. Medicado empiricamente com prednisolona, com melhoria significativa das queixas. Evoluiu com ocorrência de episódios de agudização das lesões cutâneas e artrite e aparecimento de retorragias e hematoquézias. Estudo endoscópico revelou sinais de colite inespecífica e pela hipótese de doença inflamatória intestinal associada azatioprina. Por resposta parcial ao esquema, foi substituída azatioprina por infliximab, com melhoria clínica significativa, mas sem possibilidade de suspensão completa de corticoterapia. Em 2010 é suspenso infliximab, por não cumprir critérios de DII, verificando-se novo agravamento clínico. Perante estudo bioquímico e imunológico negativo, assumido diagnóstico de vasculite sistémica ANCA negativa -provável PHS- com envolvimento cutâneo, articular e gastrointestinal, e iniciado tratamento com metotrexato, mantendo corticóide. Pela má resposta e necessidade de doses elevadas de corticóide tentados vários esquemas terapêuticos (imunoglobulina humana, ciclofosfamida e rituximab), com resposta parcial e episódios de agudização com necessidade de internamento. Após início de micofenolato de mofetilo, conseguida manutenção de baixas doses de corticóide, apenas com exacerbações em contexto de intercorrência infeciosa. Com este caso pretende-se alertar para o diagnóstico de uma patologia pouco frequente na idade adulta, bem como a variabilidade na evolução, estratégias terapêuticas e prognóstico da doença.

CO-28-04

ARTRALGIAS CRÓNICAS: AFINAL A CAUSA ERA INFECIOSA

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Emília Guerreiro, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A Doença de Whipple (DW) é uma doença bacteriana multissistémica, causada pelo bacilo Gram-positivo Tropheryma whipplei. É rara, com apresentação clínica variada e sem cronologia típica de manifestação, determinando um diagnóstico difícil e muitas vezes tardio. Caso clínico: Homem, 61 anos de idade. Antigo emigrante em França, onde era seguido e medicado por reumatologista com metotrexato e corticóide desde há 4 anos, por artralgias migratórias, sem artrite. Dispneia de esforço, ortopneia, tosse seca, dor epigástrica e emagrecimento (~8kg) com 1 mês de evolução. Ao exame objectivo, emagrecido com diminuição dos sons respiratórios na metade inferior do hemitórax direito, com crepitações na base esquerda. Analiticamente, anemia normocítica, normocrómica e VS elevada; hipoxemia. Radiografia do tórax: derrame pleural à direita. TC torácico: derrame pleural bilateral. Toracocentese diagnóstica: exsudado, com predomínio de mononucleares. Exames microbiológicos e estudo imunológico negativos. Proteínas totais, albumina, colesterol, triglicerídeos, ferro e cálcio sérico baixos. Ecocardiograma com hipertensão pulmonar e depressão da função do ventrículo direito. Excluido tromboembolismo pulmonar por angio-TC. Manteve desconforto epigástrico, náuseas e enfartamento. EDA revelou duodenite congestiva e biópsia da mucosa com dilatação das vilosidades por acumulação maciça de macrófagos com conteúdo PAS-positivo, compatível com DW; diagnóstico confirmado por PCR. Medicado com ceftriaxone, seguindo-se cotrimoxazol, que mantém. Seguido em consulta de medicina interna, com melhoria clinica, analítica e imagiológica. Conclusão: Perante clinica respiratória, sintomas gerais e terapêutica imunossupressora inicialmente é pensada etiologia tuberculosa. A associação de manifestações típicas (artralgias, perda ponderal e dor abdominal) com envolvimento pulmonar e pleural levou ao diagnóstico de DW. Destaca-se este caso pela raridade e dificuldade diagnóstica.

CO-28-05

BOWEL ASSOCIATED DERMATITIS ARTHRITIS SYNDROME

Flávio Costa, João Fonseca, João Freitas, Ana Rita Nogueira, Edgar Pratas, José Bernardes Correia, Manuel Teixeira Veríssimo
SERVIÇO DE MEDICINA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

O síndrome Bowel Associated Dermatitis Arthritis Syndrome (BADAS) é uma dermatose neutrofilica que se caracteriza por febre e/ou sintomas de síndrome gripal seguidos de mialgias, artralgias e erupções cutâneas inflamatórias, cujo estudo laboratorial e microbiológico são usualmente normais. Inicialmente atribuída exclusivamente a doentes submetidos a cirurgia bypass intestinal, atualmente verifica-se uma associação com a doença de crohn e a colite ulcerosa. Homem de 40 anos, com colite ulcerosa medicado com messalazina. Apresentava no serviço de urgência (SU) quadro com 1 mês de evolução de gonalgia direita de características inflamatórias e febre T: 38ºC. Acompanhado de astenia, perda de peso (7kg num mês), dejeções diarreicas e erupções pustulosas nos membros superiores e tronco, com sinais inflamatórios e crostas. Ao exame objetivo destacava-se pústulas dispersas no tronco e membros superiores, presença de sinais inflamatórios e derrame do joelho direito. Analiticamente apresentava proteína C reativa elevada (17,2), leucocitose (17,2), anemia normocítica e normocrómica e trombocitose. Internado no serviço para estudo e realização de antibioticoterapia. Apesar do curso de antibioticoterapia, os parâmetros inflamatórios mantiveram-se elevados. Realizou-se biopsia das lesões pustulosas, cujo resultado confirmou dermatose com componente neutrofílico compatível com BADAS. Iniciou-se prednisolona oral 1mg /kg, sulfassalazina 500mg e eterocoxib 90mg com melhoria do quadro clínico e dos parâmetros inflamatórios. 6 meses após internamento, o doente manteve-se assintomático. Apesar de ser uma doença rara, o diagnóstico de BADAS deve ser considerado em doentes com doença inflamatória intestinal e quadro de mialgias, artralgias e erupções cutâneas inflamatórias.

CO-28-06

HIPERFERRITINÉMIA ACENTUADA: O QUE ESPERAR

Raquel Silva, Sara Sintra, Érica Vaz Ferreira, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITARIO DE COIMBRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A ferritina, proteína com função de armazenamento férrico, regulação da imunidade, mediação da inflamação e função microcirculatória, encontra-se frequentemente aumentada em situações de inflamação/infeção. A elevação acentuada da ferritina deverá, contudo, suscitar outras hipóteses de diagnóstico. Caso Clínico: Mulher, 32 anos, saudável, com odinofagia e febre (38-39ºC) com padrão bimodal, com 2 semanas de evolução. Medicada com amoxicilina-clavulanato, substituída por azitromicina por exantema generalizado. Reavaliada pelo médico assistente, reinicia amoxicilina-

clavulanato. Passados 5 dias, mantinha febre e odinofagia, foi medicada com claritromicina. Por reaparecimento de exantema cutâneo recorre ao SU da nossa instituição sendo internada. Apresentava-se febril, sem exsudado amigdalino ou adenopatias, com rash eritematoso maculopapular generalizado. Analiticamente: sem citopenias, leucócitose, PCR 8 mg/dl, pro-calcitonina normal, AST 792U/L, ALT 689U/L, GGT 379U/L, FA 328U/L, ferritina 42210mg/dl, sat. de transferrina 19%, LDH 1141mg/dl. Eletroforese de proteínas, autoimunidade, serologias infecciosas, imunofenotipagem e ecografia abdominal e pélvica sem alterações. Iniciou corticoterapia e dois meses depois apresentava ferritina 374 ng/ml, LDH e enzimas hepáticas normalizadas, tendo abandonado a consulta externa. Comentário:Destaca-se este caso por ter levantado ab initium várias hipóteses de diagnóstico e por ser raro valores de ferritinémia tão elevados, o que direccionou o raciocínio clínico para um diagnóstico diferencial mais restrito, como: doença linfoproliferativa, síndrome paraneoplásica, síndrome hemofagocítica ou Doença de Still do Adulto. Segundo os critérios de diagnóstico de Yamaguchi, consideramos como hipótese mais provável Doença de Still do Aduto.

SÁBADO - 28 - 08H00 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5**

MODERADORES: **HEIDI GRUNER**, **MANUELA VASCONCELOS**

MEDICINA GERIÁTRICA

CO-29-01

POLINEUROPATIA SENSITIVO-MOTORA - UM CASO DE TOXICIDADE À AMIODARONA

Rui Valente, André Gordinho, Steeve Rosado, Mónica Sousa, Teresa Mesquita, Francisco Araújo, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A amiodarona é utilizada principalmente no tratamento de arritmias. A sua toxicidade nomeadamente a nível tiroideu e pulmonar é conhecida. CASO CLÍNICO: Homem de 87 anos, caucasiano, autónomo. História de hérnia discal, fibrilhação auricular permanente, hipertrofia benigna da próstata. Medicado com enalapril, espironolactona, furosemida, amiodarona (introduzida 6 meses antes), tansulosina. Recorreu ao serviço de urgência por quedas no domicílio com 3 meses de evolução, sem perda de conhecimento, associadas a diminuição de força nos membros inferiores, de agravamento progressivo. Objectivamente: auscultação arrítmica, tremor em repouso, sem roda dentada, força muscular de grau IV/V nos membros inferiores com hipostesia táctil associada. Analiticamente com lesão renal aguda (ureia 128 mg/dL e Creatinina 2,58 mg/dL). RxTórax com alargamento do mediastino. Internado para optimização da lesão renal. Durante o internamento revelou incapacidade para a marcha. Admitido défice sensitivo-motor, realizou EMG que revelou: PNP axonal desmielinizante sensitivo motora. TC TORAX revelou: aumento volumétrico difuso da glândula tiroideia, com componente mergulhante da região ístmica no mediastino superior, globalmente heterogénea, com áreas nodulares. A avaliação analítica revelou hipertiroidismo com TSH <0.001 e fT4 29.1. O estudo auto-imune foi negativo. Admitiu-se tireotoxicose e polineuropatia, ambas por iatrogenia à amiodarona tendo-se suspendido a mesma. Em consulta de reavaliação, apresentava-se com marcha autónoma com apoio, sem défice motor dos membros inferiores, admitindo-se assim polineuropatia no contexto de terapêutica com amiodarona. CONCLUSÃO: A concentração de amiodarona a nível do nervo periférico é francamente superior aos níveis plasmáticos podendo levar a alterações sensitivas distais, ataxia da marcha e tremor. É importante no doente idoso polimedicado excluir sempre iatrogenia.

CO-29-02

APLICABILIDADE DO ÍNDICE LACE COMO PREDITOR DO RISCO DE READMISSÃO NÃO PLANEADA NO IDOSO EM PORTUGAL

Flávio Costa, João Fonseca, José Eduardo Mateus, Ana Rita Nogueira, Diana Ferreira, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução- Os reinternamentos hospitalares no idoso são frequentes, estão associados a custos elevados e são potencialmente preveníveis. O índice LACE ("L" length of stay; "A" acuity of the admission;"C" comorbidity of the patient;"E"emergency department use), é uma ferramenta simples, que tem sido utilizada para prever o risco de readmissão não planeada aos 30 dias após a alta. Objectivo - Avaliar a capacidade do índice LACE como preditor do risco de readmissão hospitalar não planeada no idoso aos 30 e 90 dias após a alta, num hospital terciário português. Métodos - Análise retrospectiva dos processos clínicos de 1619 doentes com idade≥ 65 anos, internados numa enfermaria de Medicina, entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2014. Os doentes foram estratificados em 3 grupos segundo o risco de readmissão atribuído pelo índice LACE, com os seguintes cutoffs: a) risco baixo (0-9); b) risco intermédio (10-13); c) risco elevado (14-19). 212 doentes foram omitidos de acordo com os critérios de exclusão. Resultados – Amostra final de 1407 doentes, dos quais 828 (58,85%) eram mulheres. Média de idades: 81,73±7,60 anos. Taxa de reinternamento aos 30 e 90 dias após alta: 16,77% e 28,71%, respectivamente. Mortalidade global: 18,12% aos 90 dias. O índice LACE era significativamente superior no grupo de doentes readmitidos face aos não readmitidos aos 30 dias (13,17±2,69 versus 11,56±2,98; p <0.0001) e aos 90 dias (12,94±2,66 versus 11,38±3,01; p <0.0001). Nos grupos de risco verificaram-se também diferenças significativas aos 30 e 90 dias: a) baixo - 6,52% e 11,80%; b) intermédio - 15,75% e 28,97%; c) elevado - 26,46% e 41,50%. Conclusão – O índice LACE era significativamente superior nos doentes com alta taxa de readmissão. Esta ferramenta parece ser adequada para identificar os idosos que beneficiariam de intervenção individualizada após a alta, tendo em conta a sua capacidade como preditora do risco de readmissão não planeada.

CO-29-03

ORTOGERIATRIA – APRESENTAÇÃO DE UMA UNIDADE PIONEIRA

Rafaela Veríssimo, Gonçalo Sarmento, Fátima Leal-Seabra, Mónica Brinquinho, Margarida Luis, Claudia Roseira, Marcia Oliveira, Agripino Oliveira, Vitor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Introdução: As fraturas da extremidade proximal do fémur são predominantes nos indivíduos idosos, facilitadas pela osteoporose e ocasionadas por quedas da própria altura. O tratamento recomendado é cirúrgico e o mais precoce possível. As unidades de ortogeriatria são unidades funcionais de cuidados médicos multiprofissionais e multidisciplinares para avaliação e reabilitação integral. Este modelo integrado diminui em cerca de 45% de complicações major como delírio, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, infeções secundárias [pe. pneumonia], ulceras de pressão, disritmias e morte. Objetivo: tratar os doentes que tenham uma fratura do fémur, de modo a gerir as complicações médicas, reabilitar e reinserir o doente o melhor possível na sua comunidade. Material e métodos: Apresenta-se uma unidade de ortogeriatria, criada em Outubro de 2015 quanto aos objetivos à admissão, organização, constituição da equipa e tipologia dos doentes admitidos e planeamento de alta. Discussão: A evidência científica demonstrou que nas unidades de ortogeriatria os doentes recuperam mais rápido e de maneira mais efetiva do que num internamento de ortopedia. O êxito destas unidades deve-se ao trabalho planificado e coordenado com base em programas prévios, com carácter multidisciplinar, em que cada profissional de saúde de maneira integrada contribui para o benefício final. O principal é o diálogo entre profissionais através de reuniões conjuntas semanais onde cada membro da equipa expõe os resultados de cada doente da unidade, os seus benefícios e quando não os há os tratamentos alternativos. Na prática, esta ação traduz-se na redução de

21% complicações médicas, 3% na mortalidade e 20% em readmissões aos 6 meses por razões médicas. Conclusão: Estas unidades diminuem os custos de tratamento, idas ao Serviço de Urgência, internamentos, institucionalizações e grau de dependência funcional, sendo assim uma via através da qual podem ser obtidos benefícios para os doentes e erário público.

CO-29-04

ESTUDO LACE-AGE: AVALIAÇÃO DE UM NOVO PREDITOR DE MORTALIDADE NO IDOSO

João Fonseca, Flávio Costa, José Eduardo Mateus, Ana Rita Nogueira, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução- O índice LACE ("L" length of stay; "A" acuity of the admission;"C" comorbidity of the patient;"E"emergency department use), é uma ferramenta simples, que tem sido utilizada para prever o risco de readmissão e a mortalidade após a alta hospitalar, apesar de algumas limitações expressas em estudos recentes. Objectivo – Desenvolver e avaliar um novo preditor de mortalidade no idoso 3 meses após a alta, com base na população de um hospital terciário português. Comparar a sua aplicabilidade com o índice LACE. Métodos - Análise retrospectiva de 1619 doentes com idade≥ 65 anos, internados numa enfermaria de Medicina, entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2014. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos, e o índice LACE foi calculado para cada doente. 212 doentes foram omitidos de acordo com os critérios de exclusão. Resultados – Amostra final de 1407 doentes, dos quais 828 (58,85%) eram mulheres. Média de idades: 81,73±7,60 anos. Mortalidade global aos 3 meses: 18,12%. No índice LACE original, o critério A não apresentava um impacto significativo na mortalidade (93% dos doentes foram admitidos através da urgência). Juntamente com os critérios (L,C e E), apenas a idade mostrou ter um impacto significativo na mortalidade (sobreviventes com 81,22±7,59 anos versus falecidos com 84,01±7,22 anos; p<0.0001). Desenvolveu-se um novo índice com a mnemónica LACE-age, o critério A passou a corresponder à variável idade – "age" (≥85 anos=3 pontos). Ambos os índices, LACE (cuttoff ≥15) e LACE-age(cutoff ≥12), obtiveram significância estatística, porém este último apresentou um odds ratio (OR) superior: mortalidade 14,23% versus 34,34% [OR: 3,12; IC 2,30-4,22; p<0,0001] e 11,50% versus 30,36% [OR:3,36; IC 2,54-4,44; p<0,0001], respectivamente. Conclusão – O novo índice desenvolvido, LACE-age, demonstrou ser um bom preditor de mortalidade no idoso 3 meses após a alta hospitalar, com resultados não inferiores ao índice LACE original.

CO-29-05

ESTUDO BUMERANG: AVALIAÇÃO DE UM NOVO PREDITOR DO RISCO DE READMISSÃO NÃO PLANEADA NO IDOSO EM PORTUGAL

João Fonseca, Flávio Costa, José Eduardo Mateus, Ana Rita Nogueira, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução- O índice LACE é uma ferramenta simples, que tem sido utilizada para prever o risco de readmissão não planeada aos 30 dias após a alta. Porém, tem apresentado algumas limitações em estudos recentes. Objectivo– Desenvolver e avaliar um novo preditor do risco de readmissão não planeada no idoso aos 30 dias após a alta, com base na população de um hospital terciário português. Comparar a sua aplicabilidade com o índice LACE. Métodos- Análise retrospectiva de 1619 doentes com idade≥ 65 anos, internados numa enfermaria de Medicina, entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2014. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos, e o índice LACE foi calculado para cada doente. Resultados– Amostra final de 1407 doentes, 828 (58,85%) eram mulheres. Média de idades: 81,73±7,60 anos. Taxa de reinternamento aos 30 dias: 16,77%. Com base na análise das variáveis que demonstraram impacto na taxa de readmissão, foi desenvolvido um novo índice, com a mnemónica BUMeRANG ("B" burden of disease–Charlson modificado, "U" urgency visits–episódios de urgência nos 6 meses prévios, "Me" medication– ≥10 fármacos, "R" readmission–internamento nos 6 meses prévios, "A" age - ≥85 anos, "N" number of days of hospitalization-dias de internamento, "G" gender–género). Os doentes foram estratificados segundo a taxa de readmissão aos 30 dias, com os seguintes cutoffs: a) risco baixo [0-8]: 7,14%; b) risco intermédio [9-14]: 15,38%; c) risco elevado [15-22]: 39,52%. O índice BUMeRANG era significativamente superior nos doentes readmitidos face aos não readmitidos aos 30 dias (12,33±3,24 versus 10,51±3,63; p <0.0001). O índice LACE também atingiu elevada significância estatística (p <0.0001), porém o BUMeRANG foi mais eficaz a identificar indivíduos de elevado risco [taxa de readmissão no grupo c): 28,97% versus 39,52%]. Conclusão– O novo índice, BUMeRANG, demonstrou ser um bom preditor de readmissão não planeada no idoso aos 30 dias, com resultados aparentemente superiores ao índice LACE original.

CO-29-06

CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Mónica Brinquinho, Fátima Leal-Seabra, Gonçalo Sarmento, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Introdução: A fragilidade do doente idoso reflete-se no prognóstico na fratura proximal do fémur, sendo que cerca de 10% dos doentes morrem no hospital e metade dos doentes regressam ao seu nível prévio de independência. É por isso necessária uma abordagem multidisciplinar orientada para a reabilitação funcional imediata, bem como da gestão das comorbilidades, prevenção das fraturas secundárias e das quedas. Objetivos: Apresentação da casuística de 3 meses da unidade Material e métodos: Demografia dos doentes da unidade, o grau de dependência funcional prévio, na admissão da unidade e na altura da alta clínica, comorbilidades, intercorrências, tempo de internamento, mortalidade e destino à data de alta. Resultados: De outubro de 2015 a janeiro de 2016 foram admitidos na Unidade 66 doentes após cirurgia de fratura proximal do fémur. Média de idade 82,94±6,93, (máx 100 anos e mínimo 65 anos); 86% eram mulheres. O tempo de internamento foi de 7,8±4,68 dias, sendo o tempo médio para realizar cirurgia de 3±3,37 dias. Quanto ao grau de funcionalidade prévio 46,9% eram Katz A, 25,76% Katz B, 13,63% Katz C, 6,06% Katz D, 6,06% Katz E, 1,51% Katz G, sendo que à admissão 84,85% tinham mRankin ≤3. Identificaram-se muticomorbilidades em 88,9 % dos doentes e nas intercorrências, o predomínio foi de anemia (53,03%) e de infeções do tracto urinário (19,70%). Houve um ganho na funcionalidade relativamente à admissão na unidade de 75,8% e em relação ao estado funcional anterior ao evento de 19,7%. Quanto à mortalidade tivemos 1,5% e 71,21% foram para consulta. Conclusões: A unidade demonstrou eficiência no controle das comorbilidades, reduzidas complicações e com baixa mortalidade. Os resultados na funcionalidade intra-hospitalar obteve melhoria de 3 em 4 doentes e relativamente ao estado basal funcional prévio ao evento melhoria de 1 em 5.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2**

MODERADORES: **CAROLINA GUEDES**, **TIAGO VEIGA**

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS

CO-30-01

SINDROMA DE KOUNIS: CASO RARO DE ANAFILAXIA AO OMEPRAZOL

Maria João Alves Pinto, Raquel Sousa Almeida, Petra Margarida Pego, João Matos-Costa
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA III

INTRODUÇÃO: A anafilaxia é uma reacção de hipersensibilidade aguda potencialmente fatal que ocorre em minutos ou horas após exposição ao agente causal, podendo ser de intensidade leve, moderada ou grave. O Omeprazol é

um inibidor da bomba de protões (IBP) que revolucionou o tratamento de patologias relacionadas com excesso de secreção de ácido a nível gástrico. Apesar de raros, estão descritos casos de reacção anafiláctica a IBP. CASO CLÍNICO: Mulher de 30 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de gastroenterite aguda com 24 horas de evolução. Foi administrado Omeprazol endovenoso, desencadeando de imediato dor retroesternal intensa, hipotensão e alteração do estado de consciência. Verificaram-se alterações electrocardiográficas com sinais de isquemia aguda e subida dos marcadores de necrose miocárdica. Foi admitida em cuidados intensivos e medicada com enoxaparina, AAS, clopidogrel e noradrenalina. O TAC-CE e o ecocardiograma não revelaram alterações. Cumpriu antibioterapia com Doxicilina dirigida a Salmonella isolada em coprocultura, com boa evolução clinica e verificando-se normalização de marcadores cardíacos e do ECG. Foi detectado derrame pleuro-pericárdico "de novo" que cedeu ao tratamento com Ibuprofeno. Teve alta com indicação de não tomar IBP nem ranitidina, referenciada a consultas de Medicina Interna e Imunoalergologia para estudo. DISCUSSÃO: Os casos de anafilaxia grave aos IBP são muito raros, estando descritos e publicados 6 casos a nível mundial. O mecanismo é IgE-mediado, com efeito de classe e possibilidade de reacção cruzada com a ranitidina. O Sindroma de Kounis compreende a associação de EAM tipo 2 com choque anafilático e é uma reacção grave. Todavia, a maioria das anafilaxias aos IBP são intensidade leve com presença de urticária ou angioedema. Embora raro, este efeito adverso deve ser acautelado, dada a utilização generalizada dos IBP, em especial por via endovenosa.

CO-30-02

TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NA ERA NOAC- ONDE ESTAMOS?

Mónica Seidi, Joana Carreiro, Lénio Couto, Guadalupe Benites, Almerindo Regos
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

Introdução: Os novos anicoagulantes orais (NOACs) são opções farmacológicas eficazes no tratamento e prevenção do Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Com a sua chegada, espera-se também uma mudança de atitude dos clínicos no tratamento desta entidade clínica. Objectivos: Avaliar as tendências dos médicos na gestão da anticoagulação em doentes com diagnóstico de TEP sem instabilidade hemodinâmica observados na Urgência Métodos: Elaboração de um questionário com 11 perguntas, submetido electrónicamente e análise das respostas Resultados: Foram validados 511 questionários individuais entre o dia 21/12/2015 e 19/2/2016. Amédia de idades dos clínicos foi de 36 anos (minimo de 25 e máximo de 70) e a média de anos de actividade profissional de 11 anos (± 10.8 anos). 97% da amostra eram internos ou assistentes de Medicina Interna. 92% trabalhavam em urgência, sendo a média de horas semanais de 24 (± 10 horas). 80% dos clínicos conhecem o PESI score, mas apenas 48% das respostas foram afirmativas relativamente ao seu uso diário na prática clínica. 75% dos médicos afirma que nunca deu alta para ambulatório a doentes com diagnóstico de TEP sem critérios de instabilidade hemodinâmica, apesar de 85% reconhecer o benefício dos NOACs. Relativamente às opções terapêuticas escolhidas pelos 25% (N=127) dos médicos que já trataram TEP em ambulatório, 71% utiliza como 1ª linha um NOAC, sendo possivel averiguar em 50% das respostas que o Rivaroxabano foi a primeira escolha. Discussão: À semelhança do que acontece-se em centros Internacionais, o TEP com PESI score classe I e II poderá ser tratado em ambulatório, sendo os NOACs uma opção terapêutica eficaz. A maioria dos clínicos continua a preferir a conduta clássica e de forma a contrariar esta tendência apresentar-se-ão os dados preliminares de um estudo recente, que aborda a possibilidade de tratamento de ambulatório no TEP sem critérios de instabilidade hemodinâmica.

CO-30-03

DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS E AS UNIDADES DE CUIDADOS DIFERENCIADOS – A REALIDADE DE 6 ANOS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Ana João Pissarra, Patricia Vicente, Carolina N. Gouveia, Filipa Ferreira, Vítor Batalha, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

INTRODUÇÃO: Os avanços terapêuticos na área da hemato-oncologia (HTO) e a melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos destas doenças têm contribuído para o aumento da sobrevida. As complicações da doença e da terapêutica têm vindo a dar destaque às Unidades de Cuidados Diferenciados (UCD) no tratamento destes doentes (dts). OBJECTIVOS: Avaliar as principais causas de internamento dos dts HTO na Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT), as patologias HTO mais frequentes e o impacto dos cuidados diferenciados prestados no outcome dos dts, avaliando a demora média de internamento e a taxa de mortalidade. MÉTODOS: Estudo retrospectivo, decorrido numa UCINT entre 2009-2015. Selecionados dts com doença HTO ativa que tenha motivado o internamento. Caracterizadas as variáveis demográficas, causas de internamento, dias de internamento, doença HTO e mortalidade. RESULTADOS: Dos 839 dts internados 5.7% tinham doença HTO ativa (n=48), 52% do género masculino com idade média de 72 anos. O tempo médio de internamento foi de 12.5 dias, superior à média da unidade 6.6 dias. Dos motivos de internamento destaca-se a sépsis 31.3%, progressão da doença 27.1%, insuficiência cardíaca descompensada 12.5%, insuficiência renal aguda 10.4% e neutropénia febril 8.3%. As doenças HTO que mais motivaram internamento foram o Linfoma não Hodking (LNH) 33.3%, Leucemia Mielóide aguda 22.9% e o Síndrome Mielodisplásico (SMD) 12.5%. A mortalidade intra-UCINT foi de 25% (n=12), muito superior à global da unidade 13%. A maioria dos óbitos deveu-se a progressão da doença (41.6%) e sépsis (25%), sendo o LNH (33.3%) e o SMD (25%) as patologias mais frequentes entre os óbitos. CONCLUSÃO:Os doentes HTO são uma realidade cada vez mais comum nas UCD. Tendo as causas infecciosas um papel relevante no motivo de internamento e na mortalidade destes dts deve apostar-se na sua prevenção. São necessários estudos que avaliem o impacto destas unidades na mortalidade a longo prazo e qualidade de vida após a alta.

CO-30-04

INDICACIONES DEL TOMOGRAFÍA CRANEAL (TC) URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DEL CONSORCI HOSPITALARI DE VIC (CHV). CATALUNYA. ESPAÑA

Carlos Azuaje, Javier Diez, Lorena Gaviria, Cora Loste, Gerard Corominas, Lorena Segura, Diana Sánchez, Mauricio Cabrera, Gianni Lucchetti
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC; HOSPITAL DE CERDANGE, SERVICIOS DE MEDICINA INERNA

Introducción: TC es un método extremadamente útil para evaluar al paciente con sospecha de enfermedades intracraneales. El papel del Médico Internista en los Servicios de Urgencias es fundamental en la indicación de esta prueba de imagen Objetivo: Especificar y evaluar las indicaciones de TC urgente en el SU Paciente y métodos: Estudio observacional retropectivo–prospectivo desde Julio.2015 a Diciembre.2015. Se recogieron datos epidemiológicos, horarios y turnos de realización y diagnóstico inicial. Se revisaron las indicaciones de TC urgente según los criterios: Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología; Sociedad Española de Radiología y Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias Resultados Se evaluó 599 pacientes; Hombre: 302(50,4%); Mujeres: 297(49,6%). La edad media 65,2 años; El grupo etario más frecuente fue >65años (61,9%); El diagnóstico inicial: Déficit neurológico: 45,4%; Traumatismo cráneoencefálico (TCE) 26,5%; Cefalea 8,3%; Vértigo %; Presión familiar 3%; Otros 12,4%; El horario de realización: Turno 1 (08:00-17:00h): 34,4%; Turno 2 (17:00-08:00h): 41,1%; Fin de semana y festivo: 24,5%; Se evidenció un pico de realización fuera del turno 2 entre 11:00-13:00h: 19,5%. El

resultado del TC mostró patología aguda 164(27,4%) el restos 435(72,6%) fue normal. La valoración de la indicación: cumple criterios 85,1% y no cumple criterios: 14,9%. Conclusiones: La principal indicación del TC urgente fue el déficit neurológico seguido del TCE. La mayoría de los paciente pertenecía al grupo etario de edad geriátrica (>65años). La mayoría de los TC se realizaron en el turno 2 (17:00-08:00h). La adherencia a los criterios actuales para la solicitud de TC de urgencias fue elevada y la no indicación fue muy por debajo de los descritos en la literatura

CO-30-05

UNIDADES DE CUIDADOS INTERMÉDIOS – UMA MAIS VALIA NUMA ENFERMARIA?

Joana A. Duarte, Frederico Batista, Renata Ribeiro, Célia Henriques, Isabel Ferreira
SERVIÇO DE MEDICINA IV, HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA

Introdução:As unidades de cuidados intermédios (UCINT) são essenciais na monitorização e tratamento de doentes clinicamente instáveis com disfunção de órgão e em risco de falência de funções vitais.Objectivo:Caracterizar a população de doentes internados numa UCINT integrada num serviço de Medicina Interna (MI) e avaliar a importância da sua integração numa enfermaria.Métodos: Análise retrospectiva de doentes internados na UCINT no período de 12 meses, através da consulta do processo clínico informatizado.Resultados:Foram registados 223 internamentos,idade média 71 anos,51% do sexo feminino e 91% de raça caucasiana. O tempo médio de internamento foi 7,5 dias e a taxa de reinternamento 9,4%. Foram internados do serviço de urgência (SU) 57% dos doentes, 21,5% transferidos da enfermaria e 12% de unidades de cuidados intensivos(UCI).Os grupos de admissão mais frequentes foram o cardiovascular (38%), pulmonar (22%) e neurológico (3%). Quanto ao destino,45% foram transferidos para a enfermaria,9% para UCI e 7% para o domicílio. A taxa de mortalidade foi de 19%, sendo as principais causas de morte as doenças do sistema circulatório(48%), respiratório(21%) e choque(17%). Estiveram sob ventilação não invasiva (VNI) 28% dos doentes e 4% sob ventilação invasiva. Foi necessária terapêutica de substituição de órgão em 5% dos doentes.Discussão:A UCINT recebe a maioria dos doentes do SU, a porta de entrada de doentes agudos e instáveis. Pela sua capacidade de monitorização contínua, permite a utilização de VNI e técnicas de substituição de órgão, sendo que 91% dos doentes foram estabilizados na UCINT.Por se encontrar integrada num serviço de MI, a admissão de doentes mais idosos e com mais comorbilidades e a difícil drenagem dos doentes para enfermaria, levam a maiores taxas de mortalidade e de tempo de internamento.A presença da UCINT numa enfermaria de MI permite uma vigilância contínua de doentes que não tendo disfunção grave de órgão, necessitam de cuidados diferenciados.

CO-31-03

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA – UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Francisco Esteves, Fernando Próspero, Nelson Barros, Igor Millet, Ana Dias, Lurdes Gonçalves, Anabela Santos, Helder Leite, Rui Costa, Gustavo Montanha
CHTMAD, POLO VILA REAL, SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS

Apresentamos o caso de uma jovem de 23 anos, previamente saudável, medicada com contracetivo oral, com queixas com uma semana de evolução de astenia, dispneia para pequenos esforços, palpitações, menorragia abundante, noção de palidez e petéquias nos membros inferiores. Do estudo efetuado à admissão, apresentava anemia e trombocitopenia graves; reticulocitose; esfregaço de sangue periférico com esquizócitos; desidrogenase láctica elevada; hiperbilirrubinemia; haptoglobina baixa; teste de Coombs direto negativo; proteína C reativa e velocidade de sedimentação elevadas. Ainda no início do internamento, apresentou febre e episódios transitórios de défices neurológicos focais, nomeadamente hipostesia no hemicorpo esquerdo e disartria, com estudo imagiológico compatível com lesões isquémicas agudas. Perante a suspeita de microangiopatia trombótica (MAT), nomeadamente púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), iniciou pulsos de metilprednisolona e sessões de plasmafiltração, com resposta clínica e analítica favorável. Do estudo diagnóstico de PTT, foi constatado um défice de atividade de Disintegrin And Metalloproteinase with a ThromboSpondin type 1 motif, member13 (ADAMTS13) e ausência de anticorpo anti-ADAMTS13. Estes dados são a favor de uma deficiência congénita de ADAMTS13/PTT congénita. As MAT constituem um grupo de patologias raras, muito diverso, que têm em comum as seguintes características: anemia hemolítica microangiopática; trombocitopenia e lesão de órgão. Classicamente, as MAT primárias dividem-se em: PTT (Congénita/adquirida) e Síndrome hemolítico-urémico (Típico/atípico). A PTT resulta do défice da atividade da ADAMTS13, o qual pode ser adquirido ou hereditário. Este caso clínico demonstra que o diagnóstico de PTT deve ser considerado uma emergência médica, pois apesar de ter uma apresentação clínica inespecífica e implicar uma confirmação diagnóstica complexa, o início rápido de tratamento garante uma melhoria notável do prognóstico.

SÁBADO - 28 - 08H00 | **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2**

MODERADORES: FRANCISCO ESTEVES, PEDRO MOURA

MEDICINA INTENSIVA

CO-31-01

A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E SEPSIS: REALIDADE DO CHTMAD

Fátima Sofia Silva, Tiago Fernandes, Carolina Guedes, Luísa Guerreiro
HOSPITAL PEDRO HISPANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A sepsis tem incidência crescente, a implementação de modelos organizacionais visando o diagnóstico, atitudes terapêuticas e orientação adequada dos doentes, instituídas precocemente, parecem ter um papel relevante no prognóstico. Estudos recentes discutem o papel da organização nos resultados da sepsis. Objetivo: estudo da epidemiologia da sepsis no serviço de medicina intensiva, e influência do modelo organizativo – departamento de emergência e cuidados intensivos (DECI) no prognóstico. Material e Métodos: Estudo retrospetivo dos doentes admitidos consecutivamente no SCICI com critérios de sepsis severa/choque séptico (SS/CS), no período de Jan 2011 a Dez 2014, o perfil e evolução epidemiológicas da SS/CS, o ponto de partida da sepsis, os diagnósticos de saída (classif. Knaus) e variáveis comuns habituais em medicina intensiva. Resultados: O SCICI tem, desde 2011, capacidade instalada de 14 camas com 8 de nível III e 6 nível II. Dos 2497 doentes admitidos, 1178 (47,2%) tinham critérios de SCS, com incidência crescente ao longos dos anos, com 72% oriundos do SU, idade de 65±15(68) anos, predominando sexo masculino (64%) e patologia não cirúrgica (68,3%). O ponto de partida mais frequente foi o respiratório (53%) seguido do abdominal (28%), com predomínio da sepsis da comunidade (65%). Observamos melhoria da mortalidade hospitalar no CS (44,3% em 2011 vs 35% em 2014) com melhoria na SS (20,3 vs 11,1%). Desde 2011 (camas nível II) verifica-se um aumento de admissões de doentes (185 em 2011 vs 331 em 2014) melhoria dos tempos porta SU-scici (12->4h). Predomina o CS nas admissões em nível III (69,5% dos casos de SS/CS) e a SS em nível II. Conclusões: A sepsis constitui uma entidade de elevada prevalência, onde predomina a sepsis da comunidade, em doentes não cirúrgicos. A organização departamental parece ter possibilitado melhor gestão do doente crítico séptico, com contributo positivo, na evolução dos resultados, sobretudo na mortalidade hospitalar.

CO-31-02

ESTAREMOS A HIPONUTRIR OS NOSSOS DOENTES CRÍTICOS?

Ana Filipa Raposo, Rita Valério Alves, Ana Tornada
HOSPITAL DE CASCAIS, DR. JOSÉ DE ALMEIDA

INTRODUÇÃO: Todos concordam que é importante um fornecimento energético (FE) adequado ao doente crítico (DC). Não se sabe, no entanto, o que se entende por um valor adequado. A associação americana (ASPEN) e

europeia (ESPEN), nas suas guidelines defendem perspectivas diferentes relativamente ao FE adequado nos primeiros dias de internamento e que medidas tomar para atingir esse objectivo. OBJECTIVO: Avaliar que suporte nutricional é fornecido ao DC nas UCIs Portuguesas. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo, observacional, efectuado em 11 UCIs portuguesas de 9 hospitais. Envolvidos no estudo: doentes com mais de 18 anos de idade, ventilados, com tempo de internamento na UCI superior a 7 dias. Colheita dos dados demográficos, FE fornecido nos primeiros 7 dias de internamento e via de administração utilizada. RESULTADOS: 179 doentes, 59% do género masculino; idade–65±16 (19–91). Tempo médio de internamento –15,4±6,1 dias com taxa de mortalidade 26,3% (47). tipo de admissão mais frequente: foro médico – 64,2%. FE fornecido nos primeiros 7 dias de internamento: 12,1±6,6 Kcal/Kg/dia (0–25,2). Excluídos os primeiros 3 dias (em que é primordial a estabilização clínica do doente) entre o 4º e o 7º dia de internamento foram fornecidos 15,3±7,2Kcal/Kg/dia (0–27,8). Macronutrientes fornecidos: hidratos de carbono – 1,68±0,21 g/kg/dia, lípidos - 0,45±0,06g/kg/dia proteínas - 0,40±0,05 g/kg/dia. A via utilizada para a administração do FE nos 1253 dias avaliados foi: nutrição entérica (66%) e nutrição parentérica (14%). CONCLUSÃO: Na primeira semana de internamento ao DC fornece-se em média cerca de 60% das calorias recomendadas, um valor idêntico a vários estudos efectuados a nível internacional. Mas se hiponutrir poderá ser uma prática aceitável num período inicial de internamento, já a ausência de qualquer tipo de suporte nutricional ou um fornecimento demasiado hipoproteico, como acontece nas UCIs portuguesas, poderá ter um efeito nocivo para o prognóstico destes doentes.

SÁBADO - 28 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 2
MODERADORES:	FRANCISCO ESTEVES PEDRO MOURA

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS

CO-31-04

PRÉ-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA E SÍNDROME DE HELLP: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Ricardo Marinho,Mariana Santos, Paula Castelões, Estevão Lafuente, Heloisa Castro, Sonia Cabral, José P. Moura, Marco Melo, Carla Magalhães, Paulo Martins, Bruno Oliveira, Andrea Salgueiro, Barbara Xavier, João Valente, Anibal Marinho
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

INTRODUÇÃO: A pré-eclampsia (PE), patologia da gravidez, é definida por hipertensão arterial (HTA) de novo após as 20 semanas de gestação, associada a proteinúria ou disfunção de órgão. Ocorre em 1,5-7,7% das gestações, na maioria após as 34 semanas (85%). A taxa de complicações materna ronda os 5%. A Eclampsia e Síndrome de HELLP representam formas severas de PE. OBJETIVOS: Analisar a abordagem diagnóstica e terapêutica da PE, Eclampsia e HELLP; caracterizar fármacos anti-hipertensores utilizados no puerpério/amamentação e identificar prevalência de complicações e evolução para HTA crónica. MÉTODOS: Estudo observacional longitudinal retrospetivo descritivo; incluídas puérperas internadas na Unidade de Cuidados Intermédios (UCIP) entre 1/janeiro/2011 e 30/junho/2015 com o diagnóstico de PE, HELLP ou Eclâmpsia. RESULTADOS: analisadas 29 puérperas com PE, com idade média de 33 anos, das quais 12 apresentaram Síndrome de HELLP e 4 Eclâmpsia. A maioria das PE ocorreu no 3º trimestre (65,5%) e apenas 4 foram diagnosticadas no puerpério. Cerca de 89,6% apresentaram critérios de gravidade, sendo a trombocitopenia, lesão hepatocelular e HTA severa, os mais frequentes. Dos 4 casos de Eclâmpsia, 3 ocorreram no puerpério de doentes que não tinham realizado Sulfato de Magnésio no periparto. Os anti-hipertensores mais utilizados no pós-parto foram Nifedipina e Enalapril. A taxa de complicações foi de 10% (edema pulmonar e coagulação intravascular disseminada). Em média ficaram internadas na UCIP 2 dias e apresentaram total resolução dos sinais e sintomas após 3 semanas. Apenas 5 puérperas mantiveram HTA crónica. CONCLUSÃO: As características da população, fatores de risco e critérios de gravidade encontrados foram semelhantes aos descritos na literatura. No global, a abordagem diagnóstica e terapêutica esteve de acordo com o recomendado. A taxa de complicações foi superior ao expectável, certamente pela elevada prevalência de PE severa na amostra. Não houve nenhuma morte materna

CO-31-05

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS NA GRÁVIDA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA – CONCILIAR RISCOS MATERNOS E FETAIS

Mylene Costa, Ana Nogueira, Joana Costa, Luísa Guerreiro, Raquel Calisto, Albina Moreira, Adelina Pereira, Sandra Silva
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A miopericardite é uma doença inflamatória do músculo cardíaco que pode evoluir para choque cardiogénico. O eritrovírus B19 é dos agentes virais mais frequentes, associando-se a aplasia medular, exprimindo maior gravidade. No início da gravidez a evolução é incerta, podendo ocorrer transmissão transplacentar, levando a insuficiência cardíaca fetal e hidrópsia, com grande morbimortalidade materno-fetal. O caso apresentado demonstra o papel basilar do internista no elo decisivo entre a Cardiologia e Obstetrícia. Trata-se de uma mulher de 24 anos, com uma síndrome gripal uma semana antes da admissão no SU por dor retroesternal recorrente, dispneia e cansaço com agravamento rapidamente progressivo. Teve um episódio de lipotímia e objectivou-se prostração extrema, taquicardia, sinais de má perfusão periférica e hipoglicémias recorrentes. Os exames complementares revelaram macrocitose, elevação da troponina e D-dímeros, alterações electrocardiográficas inespecíficas. Foi excluído tromboembolismo pulmonar e os ecocardiogramas seriados revelaram rápida deterioração da função sistólica e ligeiro derrame pericárdico. Foi realizada coronariografia que excluiu lesão coronária e biópsia endomiocárdica. Admitiu-se choque cardiogénico com provável insuficiência supra-renal aguda e iniciou medidas de suporte hemodinâmico em unidade de cuidados intensivos. Assumiu-se o diagnóstico de miopericardite aguda, por eritrovirus B19, com disfunção medular com anemia e trombocitopénia. Nesta fase foi confirmada gravidez de 7 semanas, sendo determinante a avaliação do risco materno e fetal da iatrogenia induzida pela radiação e fármacos, e da infecção por eritovírus B19, confirmada em serologia e imunohistoquímica. É ilustrado o desafio diagnóstico e urgência de actuação numa situação de insuficiência cardíaca aguda, independentemente da causa. Na grávida o desafio é múltiplo, exigindo a determinação objectiva do risco de teratogeneicidade das medidas diagnósticas e terapêuticas instituídas.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00	PAIOL
MODERADORES:	IRENE MIRANDA ROGÉRIO CORGA DA SILVA

OUTROS

CO-32-01

REVISÃO TERAPÊUTICA NO INTERNAMENTO - A PROPÓSITO DO CASO DOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

Introdução - Os inibidores das bombas de protões (IBP) são utilizados na supressão ácida gástrica com finalidade terapêutica em múltiplas patologias e também na profilaxia da úlcera de stress. Contudo, são frequentemente prescritos por períodos de tempo que ultrapassam o preconizado e sem indicação aparente, representando elevados gastos em saúde e risco para o doente pelos seus efeitos adversos. Objectivos – Avaliação da adequação da prescrição de IBP, tendo em conta o seu uso em doentes internados num serviço de Medicina Interna, em três momentos diferentes (antes / durante o internamento e à data de alta). Como referência, foi utilizada uma lista de

indicações maioritariamente baseada nas orientações da FDA, ACG e NICE. Método – Análise retrospectiva dos processos clínicos / dados da prescrição dos doentes internados durante um mês. Resultados – Antes do internamento: de 120 doentes, 52 (43.3%) estavam medicados com IBP, dos quais 22 (18.3%) sem indicação aparente e, dos 68 (56.7%) sem essa prescrição, 6 (5%) tinham indicação para a mesma. Durante o internamento: 97 doentes (80.8%) foram medicados com IBP, dos quais 57 (47.5%) sem indicação aparente; dos 23 a quem os IBP não foram instituídos, 5 (4.2%) teriam condição clínica que justificaria o seu uso; verificaram-se 16 óbitos (13.3%), pelo que a amostra no final do internamento tinha 104 doentes. À data de alta: 50 (48.1%) foram medicados com IBP, 26 (25%) dos quais sem indicação aparente e, comparativamente à entrada, apenas foi efectuada desprescrição apropriada em 7 doentes. Conclusão – A utilização de IBP deve ser reavaliada em internamento, o qual constitui uma oportunidade para a revisão terapêutica global e potencial desprescrição de fármacos sobre-utilizados, como é o caso do grupo farmacológico aqui abordado. Atendendo aos resultados obtidos, esta estratégia deve ser reforçada para permitir a redução da iatrogenia e dos custos em saúde.

CO-32-02

MORTALIDADE NAS PRIMEIRAS 24 HORAS DE INTERNAMENTO NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Cleide Barrigoto, Inês Simões, Carolina Midões Correia, Catarina Rodrigues, Paula Fonseca, António Godinho
HOSPITAÇ DE SÃO JOSÉ - SERVIÇO MEDICINA 1.4

Objetivos: Caracterização da população de doentes falecidos num Serviço de Medicina nas primeiras 24 horas de internamento, durante 1 ano. Métodos: Revisão do processo clínico dos doentes falecidos nas primeiras 24horas entre Janeiro e Dezembro de 2015. As variáveis utilizadas foram caracterizadas de acordo com a escala de Gijo, escala de Barthel, índice de comorbilidade de Charlson e National Early Warning Score (NEWS). Resultados: Durante o ano de 2015 num total de 1264 internamentos ocorreram 127 mortes, 17 das quais nas primeiras 24 horas. A distribuição por géneros foi equitativa (8 homens e 7 mulheres) com uma média de idades de 84 anos, sendo os doentes maioritariamente transferidos do Serviço de Urgência. A maioria dos óbitos ocorreu durante os meses frios, Fevereiro (29.4%) e Outubro (17.6%); 41% durante o fim de semana e 71% no período das 16-8 horas, dos quais 6 durante a noite. A maioria dos doentes residia no domicilio (88.2%), 58.8% tinha um risco social intermédio e 17.6% um risco elevado, tratando-se maioritariamente de doentes totalmente dependentes (47%) ou com um grau de dependência moderado/grave (47%). Seis dos doentes tinham internamento nos 6 meses anteriores e destes, 5 tinham internamento nos últimos 3 meses, tratando-se de doentes polimedicados e com múltiplas comorbilidades o que lhes conferia uma sobrevida a 10 anos ≤2.25% em 82.3% dos casos. Em 58.8% o motivo de admissão foi patologia respiratória (infeções respiratórias baixas), sendo que o risco de morte à admissão era alto em 53.9% dos casos. Apesar disso apenas em 7 processos clínicos estava descriminada ordem de não reanimação (DNR), tendo sido iniciadas manobras de suporte avançado de vida em 3 doentes, falecidos durante o fim de semana ou período da noite. Conclusão: Os doentes falecidos eram idosos, parcial ou totalmente dependentes de terceiros e com situações agudas graves com elevado risco de morte. A maioria dos óbitos ocorreu durante os meses frios e no período pós-laboral.

CO-32-03

ECOGRAFIA PORTÁTIL E O INTERNISTA DO SÉCULO XXI: UTOPIA OU REALIDADE INEVITÁVEL?

João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, Rafael Nascimento, Lino Nóbrega, Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SESARAM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O rápido desenvolvimento tecnológico e a necessidade de uma maior precisão diagnóstica e terapêutica em medicina, levou a que a imagiologia assistisse a uma notável expansão, conquistando hoje um papel indispensável na medicina moderna, ao contribuir para uma melhor prestação de cuidados individualizados, especializados e mais custo-eficiente. Particular destaque para o campo da ecografia, com a miniaturização e portabilidade dos ecógrafos actuais a abrirem novas modalidades de diagnóstico e de intervenção previamente inacessíveis. Considerada por vários autores como o "estetoscópio do século XXI", a ecografia portátil tem ganho popularidade entre várias especialidades, particularmente entre internistas, permitindo o rápido reconhecimento de situações clínicas potencialmente lesivas junto ao leito do doente e a realização de diversos procedimentos invasivos via ecoguiada, reduzindo o risco de complicações tradicionalmente inerentes aos mesmos. A sua capacidade de ver para além da semiologia básica, tem vindo a contribuir para a sua popularidade como ferramenta diagnóstica em áreas outrora pouco tradicionais, destacando-se em diversos cenários diários de um internista, desde cuidados intensivos, emergência médica, unidades de cuidados paliativos até ao quotidiano de enfermaria. Através de uma revisão literária actual, os autores procuram pôr em discussão diferentes aplicações da ecografia portátil num serviço de medicina interna e para o internista, os diferentes programas de formação, os desafios encontrados e o custo associado à implementação desta recente modalidade imagiológica. Usada de forma correcta e aliada à visão holística do internista, a era da "bedside ultrassonography" poderá revolucionar a forma como praticamos medicina num futuro próximo, pelo que se torna indispensável a seguinte questão: ecografia, utopia ou realidade inevitável do internista do século XXI?

CO-32-04

SÍNDROME DE SWEET

Sofia Monteiro, João Rosinhas, Teresa Tavares, Margarida Oliveira, João Correia-Pinto, Ana Lisa Lima
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

A dermatose aguda neutrófilica febril, também conhecida como Síndrome de Sweet, é uma condição caracterizada pelo aparecimento de lesões inflamatórias na pele com infiltrado neutrófilico e febre. Classicamente surge após uma infecção, mas são também conhecidas formas induzida por fármacos e associadas a neoplasia. Apresenta-se o caso de uma mulher de 45 anos, previamente saudável, diagnosticada com amigdalite bacteriana e medicada com penicilina benzantínica intra muscular e ibuprofeno durante 3 dias, com resolução do quadro. Quatro dias depois verificado o aparecimento abrupto de placas e nódulos eritematosos, dolorosos, edemaciados, não pruriginosos, alguns dos quais com aspecto pseudovesciular e outros com uma lesão central amarelada sugerindo aspecto em alvo. As lesões localizavam-se nos membros superiores, não poupando palmas das mãos, tórax anterior e região cervical. Progressivo aumento das dimensões e desenvolvimento de hiperémia conjuntival temporal bilateral. Cinco dias mais tarde inicia quadro de febre (T 38ºC) pelo que recorre ao serviço de urgência. Documentada leucocitose 17 400/µL com neutrófilia 15 000/µL, elevação da proteína C reactiva (113mg/L) e elevação da velocidade de sedimentação (97 mm/1ªh). Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia que cumpriu durante duas semanas, com resolução da febre, decréscimo dos parâmetros inflamatórios e melhoria das lesões cutâneas, tolerando o desmame progressivo do corticóide. Não foi documentada infeção ativa e o estudo imunológico foi negativo. A biópsia cutânea mostrou infiltrado neutrófilico na derme, confirmando o diagnóstico de Síndrome de Sweet. Com este caso os autores pretendem ilustrar o quadro clínico típico de uma doença rara, para que esta não seja esquecida na marcha diagnóstica de um síndrome febril, dadas as implicações terapêuticas.

CO-32-05

CONTROLO DE DOR EM DOENTES DEMENCIADOS

Marlene Louro, Ana Luisa Matos, Teresa Vaio, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Os doentes com demência severa são particularmente vulneráveis ao controlo inadequado da dor. A avaliação da dor tem-se aproximado de estratégias observacionais, como a PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia.

Avaliar adequação de analgesia em doentes demenciados. Estudo prospectivo descritivo por avaliação de dor e formulário terapêutico. Foram selecionados os doentes demenciados, com Katz de 6, internados num Serviço de Medicina Interna, num período de 3 meses. Foram recolhidos dados acerca do diagnóstico de entrada, úlceras de pressão e antecedentes neoplásicos. Foram apuradas as avaliações PAINAD, e o tipo de analgesia utilizada. Foi calculado índice de controlo de dor (ICD) para averiguar a concordância entre o nível de dor e a analgesia utilizada. Incluídos 135 doentes, referindo dor 51,1%: 66,7% dor leve, 23,2% dor moderada e 10,1% dor intensa. O ICD revelou que 27,5% dos doentes não se encontravam adequadamente medicados. Foram utilizados analgésicos simples em 62,5% dos doentes com dor moderada e em 42,8% dos doentes com dor intensa. Foram utilizados opióides fortes em apenas 19% dos doentes com dor intensa. Dos doentes com úlceras de pressão, 58,8% apresentaram dor. O ICD foi negativo em 23,3% destes. Não foi encontrada diferença significativa entre o grupo de doentes com úlceras de pressão e o grupo controlo, quer quanto à intensidade de dor medida (p=0,403), quer na adequação da analgesia ao controlo da dor (p=0,262). Foram encontrados antecedentes neoplásicos em 10,4% dos doentes e destes, 42,9% apresentaram dor. O ICD demonstrou inadequação de terapêutica analgésica em 28,6%. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa (p=0,011) na intensidade de dor entre o grupo de doentes com neoplasia e o grupo controlo, não se tendo observado tradução na adequação da analgesia no controlo da dor (p=0,554). É necessário oferecer suporte a clínicos para remover a relutância existente na prescrição de analgesia efetiva em doentes demenciados.

CO-32-06

ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS SUPERIORES A VINTE DIAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Rita Pocinho, Sofia Jardim, Rodrigo Leão, Liliana Antunes, Isabel Baptista, Júlio Almeida
UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 1.2 - HOSPITAL SÃO JOSÉ, CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

Objetivo: As enfermarias de Medicina Interna (MI) acolhem uma população idosa e dependente, com problemas sociais específicos e doenças crónicas e complexas, podendo condicionar internamentos longos e dificuldade na efetivação da alta. Pretende-se caracterizar a população com internamentos prolongados (IPs) avaliando quais os adequados à situação clínica e quais se prenderam com questões socioeconómicas. Métodos: Estudo retrospetivo dos IPs superiores a 20 dias em 2014, numa enfermaria de MI. Recolha de dados demográficos e clínicos no processo clínico. Os IPs foram classificados como apropriados pela complexidade do quadro clínico, intercorrências ou iatrogenias, e inapropriados se relacionados com vaga na rede nacional de cuidados continuados (RNCC), em instituição ou com as condições no domicílio. Resultado: 177 IPs (10,4% do total de internamentos); 53 em homens e uma média de idade de 76 anos. Média de internamento 33,8 dias (vs. serviço 10,9 dias); 39% tiveram previamente alta clínica, com um total de 1653 dias de alta protelada. À admissão 36% parcial e 17% totalmente dependentes; índice de Charlson de 3,6. Comorbilidades: hipertensão (75%), doença cerebrovascular (52%), diabetes (35%) e demência (28%). Diagnósticos principais mais prevalentes: acidente vascular cerebral (21%), infeção respiratória (14%), neoplasia (11%); 14% com necessidade de cuidados intensivos/intermédios. Em 64% o fator preponderante do prolongamento foi clínico e apropriado - 77% pela complexidade do quadro e 15% por infeções nosocomiais. 23% foram referenciados à RNCC. Mortalidade 13,0% (serviço 8,4%). Nos 12 meses após a alta 25% dos doentes faleceu e 51% foi hospitalizado, 17% com novos IPs. Conclusão: Os doentes com IPs são heterogéneos em relação aos diagnósticos e necessidades específicas. Apesar de 36% dos IPs ter sido condicionada pela falta de condições pós-alta, a maioria foi considerada apropriada pela gravidade, complexidade clínica ou intercorrências durante o internamento.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6**

MODERADORES: **MARIA MOYANO**
ANTÓNIO RODRIGUES DIAS

OUTROS

CO-33-01

ESTADO NUTRICIONAL DO DOENTE INTERNADO

Diana Repolho, Ana Isabel Reis, Joana Oliveira, Sara Freitas, Rita Gameiro, Nuno Raposo, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A avaliação do estado nutricional dos doentes internados é fundamental para o reconhecimento precoce de estados de desnutrição, muitas vezes subvalorizados, que agravam globalmente o prognóstico dos doentes internados, contribuindo para o aumento da dependência, intercorrências infeciosas e mortalidade. Objetivos: Avaliar o estado nutricional dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Métodos: Estudo transversal observacional dos doentes internados num sector do Serviço de Medicina Interna. Os dados foram obtidos através da entrevista com o doente e consulta do processo clínico, com colheita de dados de género, idade, dias de internamento, diagnósticos, tipo de dieta, Rankin, dados antropométricos e aplicação de questionários de avaliação nutricional (QAN) validados (Mini Nutritional Assessment - MNS ou Subjective Global Assessment - SGA) de acordo com a idade dos doentes. Resultados: Foram avaliados 54 doentes, 31 homens e 23 mulheres, idade média 74 anos, a maioria com algum grau de dependência (Rankin médio 3.1), com índice de massa corporal (IMC) médio de 24.4Kg/m2. Apenas 7 dos doentes tinham alimentação por sonda nasogástrica, os restantes com alimentação per os. Estava prescrita dieta geral em 44.4% dos doentes, pastosa em 25.9% e mole em 18.5%. Em 7 dos doentes não foram aplicados QAN por demência ou depressão do estado de consciência. Dos 38 MNA aplicados, idade média 79 anos, rankin médio 3.3, só 10.5% estavam bem nutridos, 57.9% em risco de desnutrição e 31.6% desnutridos. Dos 9 SGA aplicados, idade média 55 anos, rankin médio 1.3, 55.6% estavam bem nutridos, 33.3% apresentavam risco ou desnutrição moderada e 11.1% desnutrição grave. Conclusão: A maioria dos doentes numa enfermaria de Medicina Interna está desnutrida ou em risco de desnutrição, principalmente os idosos. É essencial a identificação precoce dos doentes em risco e a sua abordagem multidisciplinar, com adequação da ingestão nutricional às necessidades individuais.

CO-33-02

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NUMA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA - DIABETES

Sara Mendonça Freitas, Ana Reis, Diana Repolho, Joana Oliveira, Rita Gameiro, Nuno Raposo, Ana Filipa Barros, Bárbara Picado, Vanda Jorge, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A diabetes mellitus(DM) tipo2 é uma determinante significativa de morbimortalidade na população portuguesa pelo que é importante assegurar o tratamento eficaz e avaliar a perceção do estado de saúde e qualidade de vida(QV) dos doentes. O objetivo do trabalho foi quantificar a QV de doentes diabéticos. Trata-se de um estudo prospetivo de doentes da consulta de medicina-DM dos 2 primeiros meses de 2016. Foi fornecido um questionário composto por dados demográficos, escala Barthel e SF36 (36 questões com 8 dimensões: função física-FF, desempenho físico-DF, dor física-DF, saúde geral-SG, saúde mental-SM, desempenho emocional-DE, função social-FS e vitalidade-V). Compararam-se os resultados com os da população portuguesa e em função da idade, sexo, agregado familiar, escolaridade, dependência, terapêutica com insulina e tempo de evolução da DM. Na análise estatística usou-se o teste TStudent. A amostra era composta por 64,3%mulheres; 92,9% com instrução baixa; 64,3% Barthel 100; 42,7% tratados com insulina; 17,9% com diagnóstico recente, 17,9% há mais de 20 anos. Os valores calculados foram: FF 39,1%; DF 71,2%; DF 49,61%; SG 33,6%; SM 53,9%; DE 48,8%; FS

60,7%; V 41,3%. Os diabéticos tiveram pontuações inferiores em todas as dimensões relativamente à população geral. Na amostra não houve diferença entre sexo, agregado familiar e terapêutica com insulina; obteve-se pontuações inferiores nos doentes com mais de 65 anos na dimensãoFF, com escolaridade alta na dimensãoV, em doentes dependentes nas dimensõesFF, FS e DE e com diagnóstico há mais de 10 anos na dimensãoSG. Este estudo demonstra que os diabéticos têm uma perceção do estado de saúde e QV inferior à população portuguesa; os mais idosos e dependentes têm pior pontuação em relação à motricidade e com DM mais prolongada pior pontuação na perceção da saúde em geral. É importante estarmos sensibilizados para o impacto da DM na qualidade de vida de modo a melhorarmos a abordagem médica, social e humana.

CO-33-03

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA NO ADULTO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Diana Mota, José Pedro Carda, Gilberto Marques, Lénia Jorge, Letícia Ribeiro
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE HEMATOLOGIA CLÍNICA E SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

Introdução: A linfohistiocitose hemofagocitica (LHH) é caracterizada por resposta imune patológica, resultando em manifestações clínicas de inflamação extrema. O diagnóstico é complexo dependendo da suspeição e sensibilização do clínico. Na LHH estima-se que a sobrevivência global seja <10% em doentes que não recebem quimioimunoterapia. Objetivos: Caracterizar a população de doentes com LHH e verificar o impacto da adopção de diferentes estratégias terapêuticas na sua sobrevivência global. Métodos: Procedeu-se à análise retrospectiva de dados colhidos através do processo único de 15 doentes admitidos entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2016, cumprindo os critérios HLH 2004 da Histiocyte Society. Resultados: Dos 15 doentes, 67% eram do sexo masculino (N=10). A mediana de idades era de 45 anos (19-75). Todos os doentes apresentaram febre ao diagnóstico, esplenomegália, pancitopenia e hiperferritininémia. 60% dos doentes apresentaram hipofibrinogenémia e hipertrigliceridémia e em 53% foram observados fenómenos de hemofagocitose medular. A atividade citotóxica das células NK foi determinada em apenas 2 doentes (<1%). A principal causa de LHH foi neoplásica (40%, N=6, 4 hematológicas), seguida de virusal (27%, N=4), bacteriana (13%, N=2) e auto-imune (7%, N=1). Foi instituída quimio e/ou imunoterapia em todos os doentes (corticoterapia em 100%, ciclosporina e imunoglobulina ev. em 27%, etoposido em 20%, rituximab em 7%) embora apenas 47% tenha realizado terapêutica dirigida ao evento desencadeante. A sobrevivência global aos 12 meses foi de 26%. Não houve diferenças na sobrevivência global a 12 meses entre realizar ou não terapêutica dirigida. Conclusão: Embora esta amostra não seja representativa da população é possível concluir que o reconhecimento precoce e a avaliação das potenciais causas são críticos na LHH. A sobrevivência é globalmente baixa, sendo que o reconhecimento e terapêutica adequada associada a quimioimunoterapia podem alterar o curso fatal da doença.

CO-33-04

RDW COMO FATOR PROGNÓSTICO DE MORTALIDADE - ESTUDO RETROSPETIVO

Ana Nunes, Ana Rita Terra, Jorge Fortunato, Joana Lobato, Teresa Romão, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL DE EGAS MONIZ/ CHLO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1A

O RDW, "Red Cell Distribution Width" (N: 11.5 - 14.5%), é uma medida da heterogeneidade do tamanho dos eritrócitos. Um RDW elevado é comum nos défices nutricionais, não sendo específica de nenhuma patologia. Alguns estudos demonstraram relação entre o RDW e a doença cardiovascular (CV), a doença renal crónica e a mortalidade. OBJETIVOS: Estudar a relação entre o valor de RDW à admissão e todas as causas de mortalidade intrahospitalar (IH) e aos 3 meses, de um grupo de doentes internados num Serviço de Medicina Interna, ao longo de 23 meses. MÉTODOS: Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes internados e consulta do Registo Nacional de Utentes para avaliação da mortalidade aos 3 meses. Registaram-se: idade, género, comorbilidades, hemograma e RDW, causas de morte IH e mortalidade aos 3 meses. Os valores de RDW foram divididos em 4 percentis: 11.5-13%; 13.1-14.5%; 14.5-17%; >17%. RESULTADOS: Foram internados 334 doentes com idade média de 78.9 anos (48.5% homens e 51.5% mulheres); 282 (84.4%) tiveram alta (idade média 78.2 anos). Houve 52 (15.6%) óbitos IH (idade média 82.5 anos) e 32 óbitos aos 3 meses após alta. Nos doentes com alta, a hemoglobina (Hb) média foi 11.7g/dL e nos óbitos IH 11.1g/dL. De acordo com a divisão dos percentis, a mortalidade IH foi de 4.5, 11.4, 14.8 e 26.1%, respetivamente, e a mortalidade aos 3 meses de 9.5, 6.9, 13.8 e 15.4% respetivamente. CONCLUSÃO: Os doentes com alta e óbitos no internamento não apresentaram diferenças significativas na idade média e nos valores médios de Hb, tendo ambos elevada prevalência de comorbilidades associadas. A mortalidade aumentou com a elevação do valor de RDW. A principal causa de morte IH foi a doença infeciosa. As neoplasias têm mais expressão no percentil >17% comparativamente aos demais. A doença CV foi a que teve menor impacto na mortalidade. O RDW demonstrou ser estratificador de risco independente do grau de anemia e de prognóstico de mortalidade intrahospitalar e aos 3 meses.

CO-33-05

MENINGITE ASSÉTICA RECORRENTE E BIZARRA RELAÇÃO COM INFECÇÃO VIH – UM CASO CLÍNICO

Maria Amaral, Sofia Pinheiro, João Oliveira, Ana Brito
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, SERVIÇO DE MEDICINA 2.3

A Meningite de Mollaret, definida como meningite assética benigna recorrente, é uma patologia rara caracterizada por episódios de febre e sinais de irritação meníngea. Os episódios têm uma duração média de dois a cinco dias e tendem a recorrer num período de dias a anos. Apresentamos o caso de um homem de 24 anos, caucasiano, homossexual, com antecedentes de herpes oral e genital desde 2004. Em Julho de 2005 foi internado com um quadro de cefaleias fronto-temporais, náuseas, vómitos, mialgias, febre e rigidez da nuca. No liquor verificou-se pleiocitose, com predomínio linfocitário, hiperproteinorráquia e normoglicorráquia, com culturas negativas. A serologia para HSV-2 foi positiva mas não foi realizada PCR no liquor. Foi medicado com aciclovir. Após este primeiro episódio de meningite assética, novos episódios, com características semelhantes ocorreram em: Abril e Dezembro de 2006, Outubro de 2007 e Dezembro de 2009. Tendo feito terapêutica profilática com aciclovir, mas sem sucesso. A serologia para o VIH foi sempre negativa. Em 2010 tem um contato sexual de risco e, em 2011, ocorre a seroconversão para o VIH 1. Inicia terapêutica antiretrovírica (TARV) com resposta virológica e imunológica. Não voltou a apresentar quadros meníngeos. Em meados de 2015 interrompe a TARV e retoma-a dois meses depois. Desde então, apresentou meningite asséptica por duas vezes: Outubro de 2015 e Janeiro de 2016. Com PCR para HSV2 e EBV positivas no liquor. Apresentamos este caso por ter algumas características pouco frequentes e bizarras: a recorrência de episódios de meningite assética num doente imunocompetente; um período de cinco anos, livre de doença, após aquisição de infecção VIH e início de TARV; um reinício dos episódios após período de replicação do VIH. Quanto a este último ponto surge-nos mesmo a questão: Terá a TARV um papel protector?

CO-33-06

FATORES PREDITORES DE MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA- EM BUSCA DO MELHOR MODELO PARA PREVER A MORTALIDADE.

Inês Burmester, Luciana Sousa, Rosa Carvalho, Ana Rita Marques, Joana Sotto Mayor, Julieta Ramalho, Maria João Regadas, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Objetivo: O principal objetivo deste estudo é determinar fatores preditores da mortalidade para desenvolver um modelo capaz de prever a mortalidade num Serviço de Medicina Interna. Métodos: Foi realizado um estudo retrospetivo observacional dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna durante seis meses. Foram incluídas no estudo todas as mortes (n=257) e foi feita uma

amostra igual aleatória de doentes que tiveram alta. Foram avaliadas características basais dos doentes como sexo, idade, estado funcional, nº de internamentos no ano anterior, uso de dispositivos para necessidades funcionais e se estariam institucionalizados. As comorbilidades foram avaliadas mediante o Charlson Index Score (CCI). Foi investigada a presença de doenças específicas e a ocorrência de patologias que frequentemente motivam internamento. Foi feita uma regressão logística para avaliar o poder preditivo das variáveis. Resultados: Os preditores significativos da mortalidade identificados foram: a idade, o uso de dispositivos, o CCI, a dependência e a ausência de patologias específicas. As variáveis relacionadas com o internamento de relevo foram: o nº de dias de internamento, a descompensação da insuficiência cardíaca e a ausência de infeção urinária. No modelo de regressão, usando variáveis basais dos doentes, obtivemos um poder preditivo da mortalidade de 20.5%. Adicionando variáveis relacionadas com o internamento, o poder preditivo subiu para 24.5%. Com este modelo foram corretamente classificados no grupo dos falecidos 72.3% dos doentes. Conclusão: A identificação destes fatores de risco pode ser útil na gestão dos doentes durante o internamento para planear estratégias de intervenção. Os fatores relacionados com o internamento devem ser contemplados na construção do modelo, além daqueles relativos à condição intrínseca de cada doente. Apesar de este modelo apresentar sensibilidade e especificidade altas é necessário realizar mais estudos para a realização de um modelo final.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 **AUDITÓRIO IPVC**

MODERADORES: **CLARA PAIVA**
MANUEL FERREIRA

OUTROS

CO-34-01

DERRAMES PERITONEAIS EXSUDATIVOS - UMA CASUÍSTICA DE SEIS ANOS NUM HOSPITAL CENTRAL

Andreia Matos, João Frade, Diana Oliveira, Patrícia Dias, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, MEDICINA INTERNA C

OBJETIVO: Frequência e caracterização dos doentes com derrames peritoneais exsudativos. MÉTODO: Identificar líquidos peritoneais transudativos e exsudativos segundo critérios de Light modificados, durante 6 anos, num serviço de Medicina Interna. Análise estatística com o SPSS22.0. RESULTADOS: Classificados 291 doentes com ascite. Em 72,5% (n=211) os derrames peritoneais foram transudatos. Os exsudatos corresponderam a 27,5% (n=80) dos quais 55% são homens com 68+/-13,94 anos e 45% mulheres com 72+/-11,17 anos. Em 68,8% o derrame peritoneal foi atribuído a patologia previamente desconhecida. Na maioria, (77,5%) a presença do derrame exsudativo relacionou-se com neoplasia maligna: em 21,3% (n=17) com origem no tubo digestivo, estando a patologia previamente identificada em 47,1%; em 17,5 % (n=14) atribuída a origem ginecológica, seguida de hepática ou pancreático-biliar em 16,3% (n=13), permanecendo 12,5% (n=10) sem lesão primitiva identificada. Num caso identificou-se um tumor seroso peritoneal primitivo. Neoplasias linfoproliferativas foram implicadas em 6,3% (n=5). Em 2,5% (n=2) identificou-se um tumor pulmonar e uma neoplasia urotelial. A etiologia infecciosa foi implicada em 11,3% (n=9), sendo a maioria (66,7%) atribuída a peritonite bacteriana expontânea em doentes com cirrose hepática. Etiologias menos frequentes, em 3,8% dos casos (n=3), incluíram vasculite, gastroenteropatia eosinofílica e pancreatite necrohemorrágica. Em 8,8% dos casos (n=7), a etiologia do exsudato não foi esclarecida. Doentes com transudatos apresentaram média de idade significativamente mais baixas; e mulheres com derrames exsudativos média de idade superior. CONCLUSÃO: Os derrames peritoneais exsudativos são observados numa minoria dos doentes com ascite e maioritariamente associados a neoplasia maligna, sendo os tumores ginecológicos e os pancreático-biliares os mais frequentemente diagnosticados de novo, permanecendo uma elevada percentagem de doentes sem primário definido.

CO-34-02

AMILOIDOSE: O PARADIGMA DE UMA DOENÇA SISTÉMICA E A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Madalena Vicente, Sílvia Boaventura, Vera Bernardino, Anna Taulaigo, Ana Lladó, António Panarra
HOSPITAL CURRY CABRAL-CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

INTRODUÇAO: A Amiloidose é uma doença heterogénea, caracterizada por deposição de material amilóide nos tecidos, com atingimento sistémico. A clínica depende dos órgãos afetados e o diagnóstico passa por 3 etapas: confirmação histológica da doença (biópsia de gordura abdominal (BGA), por exemplo), caracterização bioquímica e avaliação do envolvimento sistémico. MÉTODOS: Estudo retrospetivo com base na análise dos processos clínicos dos doentes que fizeram BGA de 2010 a 2014 e dos doente com diagnóstico de Amiloidose de 2013 a 2014 numa Unidade Hospitalar (UH). RESULTADOS: De 2010 a 2014 foi realizada BGA a 95 doentes (F: 45; M: 50) sendo que a maioria (n=69) foi solicitada pelo serviço de Nefrologia, seguida da Medicina Interna com 15 pedidos. Das BGA realizadas, 95% foram negativas, 2% identificaram amilóide AA e 3% amilóide lambda. De 2013 a 2014 há registo de 83 doentes (F:32; M:51) com diagnóstico de amiloidose, sendo que a maioria (n=73) tem amiloidose hereditária - Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF); 2 doentes têm amiloidose primária e 8 doentes têm amiloidose secundária. A média de idade é 47 anos. Desses doentes, 13 têm biópsia diagnóstica (renal: 9, medula óssea: 1, GA: 1, cólon: 1). Os principais órgãos afetados são o coração, o sistema nervoso e o fígado (n=74). Detetou-se também envolvimento renal (n=30) e gastrointestinal (n=15). DISCUSSÃO: A referida UH tem um centro de Cirurgia Hepatobiliar de referência. A diferença de resultados de biópsia positiva (n=13) versus doentes com diagnóstico de amiloidose (n=83) resulta da referência direta a partir de outros centros, de doentes com o diagnóstico estabelecido. Esta situação justifica também o claro predomínio da amiloidose hereditária (PAF). CONCLUSÃO: A Amiloidose é o paradigma de uma doença sistémica que pode ter grande morbi-mortalidade, e, apesar de rara, é fundamental o seu reconhecimento e correta abordagem por parte do internista.

CO-34-03

HEMATOMA DOS RETOS ABDOMINAIS - O QUE A EXPERIÊNCIA NOS ENSINA

Rita Prayce, Sofia Furtado, Isabel Luiz, Liliana Dias, Luís Dias
CHLC - HOSPITAL SÃO JOSÉ, UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: O hematoma dos retos abdominais (HRA) é uma complicação rara, mas grave, da terapêutica anticoagulante. A administração de heparina de baixo peso molecular pode levar a rutura muscular ou laceração de vasos epigástricos, potenciando esta complicação que pode ser fatal. O objetivo deste trabalho é a caracterização dos casos de HRA e identificação de fatores de risco associados, num serviço de Medicina Interna, entre 2010 e 2015. MÉTODOS: Utilizando a base de dados do serviço, fez-se a revisão dos doentes com diagnóstico de HRA nesse período. RESULTADOS: Num total de 10 177 admissões, houve 6 doentes com diagnóstico de HRA, todos sob anticoagulação. Tinham em média 75 anos e 83% (N=5) eram do sexo feminino. Dois casos com varfarina (INR 3.10, INR 5.73), 2 com enoxaparina em dose terapêutica e 2 com enoxaparina em dose terapêutica em transição para varfarina ou dabigatrano. Os doentes sob enoxaparina em dose terapêutica sofreram hematomas espontâneos. Nos doentes sob monoterapia com varfarina identificou-se como factor precipitante a tosse. As manifestações clínicas foram dor abdominal (83%, N=5) e lipotímia (17%, N=1). Todos apresentaram descida da hemoglobina (descida média de 2.9 g/dL, valor mín. de Hb de 5.2 g/dL), dois com repercussão hemodinâmica e necessidade de suporte aminérgico num caso. O diagnóstico foi confirmado por tomografia computorizada. O tratamento incluiu suspensão de anticoagulação em todos os doentes, fluidoterapia (33%, N=2), sulfato de protamina (17%, N=1) e factores de coagulação (17%, N=1). Os doentes com indicação para anticoagulação (2 com prótese valvular mecânica e 2 com fibrilhação auricular) tiveram alta hipocoagulados (67%, N=4). Houve um óbito por choque hipovolémico. CONCLUSÃO: O HRA constitui uma complicação grave da terapêutica

anticoagulante, potencialmente evitável. A administração correta da terapêutica subcutânea, controlo rigoroso do INR e diagnóstico atempado poderão contribuir para uma menor morbi-mortalidade.

CO-34-04

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS GRAVES COM ESTATINAS: INCIDÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS

Afonso Félix-Oliveira, Francisca Miranda, Renato Guerreiro, Carla Lopes, Patrícia Cavaco, Erica Viegas, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III, H.S. FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: As estatinas, frequentemente utilizadas nos doentes internados nos Serviços de Medicina, estão associadas a diversas interações medicamentosas que potenciam os seus efeitos adversos de citólise hepática e rabdomiólise. A incidência das interações medicamentosas varia com o número de fármacos prescritos, de 3-5% até 20% quando a polimedicação excede 10 fármacos. Objectivo: Avaliar incidência e gravidade dos efeitos adversos associados ao uso de Sinvastatina 20mg quando administrada com fármacos capazes de inibir a sua metabolização hepática, como a Claritromicina, Fluconazol, Amlodipina e Amiodarona (descritas como mais graves). Pretende-se também aferir o impacto das interações medicamentosas no tempo de internamento. Métodos: Foram estudados doentes medicados com Sinvastatina, internados num Serviço de Medicina de um Hospital Central, no ano de 2015. Foram excluídos doentes com alteração dos parâmetros de lesão hepática, de colestase ou de rabdomiólise, à data de admissão hospitalar. Resultados: Num total de 743 doentes, estudámos 272 doentes medicados com Sinvastatina. 53,3% mulheres, com idade média 78,8 anos (+-10). Os 135 (49,6%) medicados com Sinvastatina na ausência dos fármacos acima assinalados apresentaram um internamento médio de 9,5 dias (+-5,9). Contudo, os 137 (51,4%) doentes com associação de um ou mais fármacos inibidores estiveram internados, em média, 12,7 dias (+- 13,1) (p=0.01). Nos que fizeram associação com um daqueles fármacos (113), 15% apresentaram alterações da função hepática, que subiu para 21,7% quando associada a 2 dos fármacos. As alterações foram na sua maioria minor (inferiores a 2x o valor de referência). Conclusão: Apesar de frequentes, as complicações resultantes destas interações foram clinicamente pouco significativas, o que poderá estar relacionado com a baixa dose de Sinvastatina utilizada. Poderão, contudo, contribuir para o aumento dos custos pela associação que tiveram com maior duração de internamento.

CO-34-05

SÍNCOPE E FADIGA MUSCULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DOENÇA DE MCARDLE

João Pedro Gomes, David Donaire, Benilde Barbosa, Armando Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Intodução: A Doença de McArdle (Glicogenose tipo V) é uma doença rara, autossómica recessiva, caracterizada pela desregulação da fosforilação oxidativa por défice da fosforilase do músculo esquelético, traduzindo-se por fadiga muscular crónica Caso Clínico: Mulher, 33 anos, trazida ao Serviço de Urgência (SU) por síncope, incontinência dos esfíncteres e traumatismo crânio-encefálico. Estava apirética, hemodinamicamente estável, sem alteração da tensão arterial com o posicionamento e com exame neurológico normal. Analiticamente, apresentava aumento da CK [2688 U/L (normal < 167 U/L)] e da mioglobina [252 U/L (normal 16-96 ng/mL)]. Restante estudo diagnóstico sem alterações. Cumpriu fluidoterapia endovenosa, com melhoria clinico-analítica e teve alta clínica. Voltou ao SU 9 meses depois, com fadiga muscular, referida aos membros inferiores e superiores, com agravamento progressivo. Não apresentava défice da força muscular ou outras alterações ao exame físico. A CK era de 267 U/L. Foi observada posteriormente em consulta de Medicina Interna, mantendo queixas de fadiga muscular crónica, que agravava com os esforços. Do estudo complementar diagnóstico, destacava-se o aumento da CK (1840 U/L), da aldolase [12,9 U/L (normal < 7,6 U/L)] e o título de ANA's era de 1/160, com padrão mosqueado; sem ENA's aumentados; sem alterações do hemograma, da restante bioquímica, das hormonas da tiróide, do proteinograma eletroforético, do ecocardiograma, do eletrocardiograma, do eletromiografia e da capilaroscopia. A biópsia muscular do deltóide direito apresentava acumulação de glicogénio e ausência de miofosforilada, consistente com doença de McArdle. Conclusão: Este caso clínico é ilustrativo de uma doença rara, cuja sintomatologia depende da expressão do défice enzimático. O diagnóstico pode ser tardio pelas inespecificidade das queixas, ou pela sua tolerabilidade pelo doente.

CO-34-06

BIOÉTICA APLICADA À PRÁTICA CLÍNICA – MODELO DELIBERATIVO DE DIEGO GRACIA

Ana Rita Sanches, António Jácomo
SERVIÇO DE MEDICINA 5 - CHMT, INSTITUTO DE BIOÉTICA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA- PORTO

No quotidiano da prática clínica muitas são as questões éticas com que diariamente os médicos e profissionais de saúde se deparam. A tomada de decisões é inerente à actividade assistencial e se muitas vezes tem que ser tomada de forma imediata, outras há, em que é diferida e tomada em reuniões de peritos, por vezes multidisciplinares, por vezes até em Comissões de Ética. A relação clínica está em transformação. O tradicional modelo paternalista dá lugar a um modelo em que o doente pretende cada vez mais ser "agente" e participar na tomada de decisão. Diego Gracia é uma eminente figura da Bioética europeia/mundial. Os autores vêm apresentar o modelo deliberativo deste autor, aplicado a um caso clínico, como proposta de ferramenta para a tomada de decisões éticas. Caso clínico: Mulher de 20 anos, 37 semanas de gestação admitida entubada e ventilada mecanicamente por insuficiência respiratória grave. Quadro de varicela complicada de pneumonia. Os autores propõe-se análise bioética do caso tendo em conta as fases do modelo deliberativo: I. Deliberação sobre os factos II. Deliberação sobre valores III. Deliberação sobre os deveres IV. Provas de consistência V. Decisão definitiva O objectivo é a tomada de decisão por uma opção (curso de acção) que não tem que ser consensual, mas que deve ser sábia e prudente.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6**

MODERADORES: **PILAR LAGUNA**, **ANDRÉ AMARAL**

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-35-01

PARVOVÍRUS B19 - UM ´GRANDE IMITADOR´ HEMATOLÓGICO

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A infecção por Parvovírus B19 é rara nos adultos e manifesta-se habitualmente sob a forma de artropatia e, em circunstâncias específicas (imunossupressão e hemólise crónica), por crise aplásica transitória ou anemia crónica. Contudo, muitas parvoviroses são inespecíficas e assumem uma multiplicidade de manifestações menos descritas na literatura. Apresentam-se três casos de parvovirose com manifestações distintas das habitualmente reportadas. Caso 1 – Mulher de 32 anos, com filho de 2 anos, observada por febre e cefaleia com 3 dias de evolução; avaliação diagnóstica – hepatoesplenomegalia (em ecografia abdominal), reticulocitopénia, leucopénia, trombocitopénia (90.000/mm3), esfregaço com 10% de linfócitos atípicos, elevação das transaminases, dos parâmetros de colestase e de IgM anti-Parvovírus. Caso 2 - Homem de 75 anos, com neto de 5 anos, sem antecedentes de relevo, observado por astenia com uma semana de evolução, após síndrome gripal auto-limitada; avaliação diagnóstica – anemia normocítica normocrómica "de novo" (Hb 9.8g/dl) sem critérios de hemólise; esfregaço, electroforese de Hb e EDA/colonoscopia sem alterações; elevação de IgM e IgG anti-Parvovírus. Caso 3 – Mulher de 54 anos, antecedentes de síndrome depressiva, observada por cansaço fácil e astenia com 10 dias de evolução; análises - anemia normocítica (Hb 9g/dl),

teste de Coombs directo fortemente positivo, restante estudo auto-imune negativo e positividade para IgM anti-Parvovírus. Todos os doentes apresentavam exame objectivo sem achados de relevo. Os dois primeiros casos resolveram com tratamento sintomático e a doente do terceiro caso foi transferida para o hospital da área de residência, desconhecendo-se o desfecho. Salienta-se a variabilidade de apresentação da parvovirose e necessidade de considerá-la perante envolvimento leuco-plaquetário exclusivo, bem como da série vermelha em doentes sem patologia hematológica prévia. Coloca-se ainda a possibilidade de relação com auto-imunidade.

CO-35-02

ENDOCARDITE INFECCIOSA NUM HOSPITAL REGIONAL. IMPACTO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO CONJUNTA COM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

Daniella Nunes, Esteban Reynaga, Maria Navarro, Anna Vilamala, Jacint Altimiras, Gianni Lucchetti
HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

A endocardite infeciosa é uma entidade com baixa incidência, mas com alta taxa de mortalidade, pelo que o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada são necessários. Quando esta patologia é avaliada num hospital sem acesso à cirurgia cardíaca, é duplamente importante uma avaliação adequada. Desde 2010, o Hospital Universitário de XXX (Hospital Regional), trabalha conjuntamente com o Hospital XXX (Hospital de Referência), na avaliação dos pacientes com endocardite infeciosa. O objetivo foi analisar as características epidemiológicas, microbiológicas e mortalidade da endocardite diagnosticada num Hospital Regional. Estudo retrospetivo e descritivo dos pacientes diagnosticados num Hospital Regional entre Julho de 2010 e Dezembro de 2015. Foram avaliados dados epidemiológicos e clínicos, presença de próteses valvulares e/ou pacemakers, válvulas afetadas, agente(es) microbiológico responsáveis, transferência ao hospital de referência, evolução clínica, e finalmente a mortalidade. Foram diagnosticados 54 casos de endocardite, sendo 61% homens, com uma média de idade de 75 anos. 28% dos pacientes tinha antecedentes de doença cardíaca valvular, e 35% eram portadores de prótese valvular e/ou pacemakers. A válvula mais afetada foi a aórtica (28%), seguida pela mitral (22%). 32% das hemoculturas positivas eram Streptococcus (S. gallolyticus 55%), 27% Staphylococcus (S. aureus 60%) e 18% das culturas de sangue foram negativas. A mortalidade geral relacionada foi de 17%. Em 44% dos casos foi necessário transferência para o centro de referência, com a mesma taxa de mortalidade que no caso dos pacientes não trasladados, requerendo tratamento cirúrgico em 28%. A gestão e tratamento da endocardite num Hospital Regional é possível. Uma correta avaliação conjuntamente com uma equipe de especialistas permite um melhor desempenho, com o consequente impacto sobre a mortalidade. É essencial a deteção da necessidade de transferência ao hospital de referência precocemente.

CO-35-03

HERPES ZOOSTER VERSUS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Rafael Silva, Rita Magano, Diana Gonçalves, João Rua, Nildelema Malaba, Luis Trindade, Vitor Duque
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B HOSPITAL GERAL

A Vasculopatia por Herpes Zooster (HZ) está associada tanto à primoinfeção como à reactivação. Tem manifestações variadas desde o quadro mais típico de acidente vascular cerebral agudo (AVC) até apresentações mais raras como aneurismas, hemorragias subaracnoideias e intracerebrais. Doente do sexo feminino, 84 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, com um internamento no mês anterior por reactivação de HZ no dermatomo torácico D4, foi admitida no serviço de urgência por quadro confusional agudo. Ao exame objetivo salientava-se apirexia, lesões eritematosas em fase cicatricial compatíveis com zona em resolução. Realizou TAC crâneo encefálica que revelou área hipodensa cortico-subcortical temporo-occipital direita, compatível com lesão vascular isquémica recente (subaguda). Não apresentava défices motores ou outras alterações ao exame neurológico. Realizou punção lombar com saída de um liquido cefalorraquídeo (LCR) límpido que apresentava pleocitose discreta (19 células/mm3) com predomínio mononuclear, sem mais alterações de relevo. Foi solicitada PCR viral e culturas no LCR. Assumido-se o diagnóstico de Meningoencefalite por HZ, iniciou terapêutica com Aciclovir, sendo a lesão vascular cerebral subaguda interpretada no contexto de vasculite por HZ. Posteriormente o diagnóstico foi confirmado pela presença de ADN de HZ no LCR. Os restantes vírus, serologias e culturas bacterianas foram negativas tanto no LCR como no sangue periférico. Cumpriu 10 dias de Aciclovir com boa evolução clínica. À data de alta a doente apresentava-se orientada no tempo e no espaço sem qualquer tipo de défice neurológico, mantinha hipodensidade temporo-occipital direita na TC CE de reavaliação. A vasculopatia por HZ é uma forma de apresentação pouco comum desta infeção, resaltando-se a sua importância quer pela gravidade das complicações associadas, quer pela necessidade de evitar falsos diagnósticos como o de AVC de etiologia aterosclerótica.

CO-35-04

BRUCELOSE – CASUÍSTICA DE UMA REGIÃO ENDÉMICA PORTUGUESA DURANTE 13 ANOS

Maria João Baldo, Paulo César Roboredo, Pedro Ventura, Ana Teresa Moreira, Inês Pinho, Francisco Varela, João Correia
ULS GUARDA - SERVIÇO DE MEDICINA A

Objectivos: A brucelose humana é uma zoonose com impacto importante na saúde pública. Este trabalho tem como objectivo a avaliação dos internamentos atribuíveis à brucelose em um hospital localizado numa região endêmica. Métodos: Estudo retrospectivo com análise observacional por meio da identificação dos internamentos em adultos com diagnóstico de alta de brucelose durante 13 anos. Resultados: Dos 45 pacientes identificados, 36 foram elegíveis para o estudo. 69,4% do sexo masculino em média com 53 anos (desvio padrão 18,7). 72,2 % tinham fatores de exposição para a brucelose e 13 % tiveram uma exposição profissional. Os internamentos diminuíram nos últimos anos mas mostram sazonalidade, com predominância nos meses de verão. Tempo de internamento: 11,5 dias. Os sintomas mais frequentes: febre (72%), mialgia (58,3%) e os achados físicos mais comuns: febre (69,4%) e hepatomegalia (13,9%). Os achados laboratoriais mais frequentes: PCR (97,2%) e levantou ESR (58,3%). A maioria tinha titulações alta aglutinação (94,4%) e teste de Rosa de Bengala positivo (91,7%). 55,5 % dos líquidos ou tecidos foram cultivados e 5 % tiveram hemoculturas positivas. Esquema antibiótico mais frequentemente prescritos foi rifampicina mais doxiciclina (55,5%). 41,7% dos doentes apresentavam comorbidades e 3% apresentou imunossupressão pelo tratamento farmacológico. A forma clínica de apresentação mais frequentemente foi a aguda (75%) e focalizada (58,3%). Taxa de mortalidade de 0%. 27,8% foram recidivantes. Na análise univariada, os recidivantes não mostraram associação significativa com nenhum dos aspectos epidemiológicos em estudo. Conclusão: Apesar da diminuição do número de internamentos, uma parte significativa é recidivantes. A maioria dos indivíduos afetados têm uma forte história de exposição ao risco e apresenta uma forma aguda e focalizada da doença. Surpreendentemente, apenas uma minoria foi comprovado por cultura. Os casos recidivantes não apresentam características específicas.

CO-35-05

MENINGITE TUBERCULOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rosa Leonardo Costa, Carla Serrano, Constança Dias, Gisela Costa Neves, Humberto Santos, Mara Eliana Pereira, Sara Borges Costa, Tatiana Ferreira e Ferreira
USF DO CASTELO

INTRODUÇÃO A meningite tuberculosa (MT) é uma inflamação das leptomeninges por M. tuberculosis e é a forma mais grave de tuberculose extra-pulmonar. O quadro clínico é insidioso, com sintomas inespecíficos, sendo o diagnóstico precoce determinante para o prognóstico. CASO CLÍNICO Mulher de 60 anos, funcionária em lar, recorreu ao médico de família (MF) por alteração do comportamento e confusão mental de inicio súbito. Ao exame

objetivo (EO) apresentava anisocoria e midríase à direita, com diminuição da força muscular no membro superior esquerdo. Foi enviada ao serviço de urgência (SU), realizou TC CE que revelou AVC isquémico, recusando internamento. Recorreu novamente à MF após 72 horas, por cefaleia fronto-parietal. Ao EO mantinha as alterações, com afasia nominal e apraxia. Recusou envio ao SU e 48 horas depois regressou por agravamento, com sonolência marcada e incontinência de esfíncteres. Ao EO mantinha as alterações, com Romberg positivo e marcha em desequilíbrio para a esquerda. Aceitou envio ao SU, onde por hidrocefalia realizou derivação ventrículo-peritoneal. Após análise do LCR, foi diagnosticada de MT. Iniciou tuberculostáticos e corticoides. Durante o internamento foi diagnosticada de tuberculose pulmonar bacilífera e neurosífilis (NS), iniciando penicilina G benzatínica. A pesquisa para HIV foi negativa. CONCLUSÃO A MT é uma patologia pouco frequente, de diagnóstico difícil. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com meningite, encefalite, neoplasia, abcesso, NS, hematoma subdural e AVC. Neste caso, os sintomas progressivos tornaram a suspeita provável, pelas alterações do comportamento, paralisia de nervos cranianos, hemiparesia, cefaleia e alterações da consciência, porém com dois fatores de confundimento: a coinfeção por NS e a apresentação sob a forma de AVC isquémico (frequente em MT e NS). Pela atividade laboral da doente e pelo risco de saúde pública, foi realizado rastreio dos funcionários e utentes do lar pela Unidade de Saúde Pública.

CO-35-06

DIARREIA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE – UM ESTUDO RETROSPETIVO NUM HOSPITAL DISTRITAL.

Flávio Marino, Iolanda Espírito Santo, Tiago Camacho, Carla Tonel.
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA, SERVIÇO DE MEDICINA 1.

O Clostridium difficile é um bacilo Gram + anaeróbio produtor de esporos, sendo o principal agente etiológico responsável por diarreia de origem infeciosa em doentes hospitalizados. A diarreia associada ao Clostridium difficile (DACD) tem registado um aumento nos países desenvolvidos e surge habitualmente associada a alguns fatores de risco, como idade avançada, múltiplas comorbilidades, antibioterapia (ATB) e internamentos prévios e a toma habitual de inibidor da bomba de protões (IBP). O objetivo foi a caracterização da DACD num hospital distrital durante um período de 4 anos. Foi realizado um estudo retrospetivo com a caracterização demográfica, epidemiológica e clínica dos doentes com DACD diagnosticados de 01/01/2012 a 31/12/2015. Analisou-se a proveniência dos doentes, a presença de internamento em unidade de cuidados intensivos, a realização de ATB, IBP e corticoterapia (CT) prévia, estado de dependência, recidivas, tratamento efetuado e ocorrência ou não de óbito. Foram identificados 102 casos: 6 em 2012, 49 em 2013, 26 em 2014 e 21 em 2015. Ocorreram no total 43 recidivas (42% dos casos), das quais 56% em 2013. A média de idades foi de 79 anos (entre 38 e 99). 77% eram do sexo feminino, 37% residiam em lar e 46% eram acamados. 54% tinham sido internados no último mês. 79% realizou ATB nos 6 meses anteriores (59% beta-lactâmicos e 25% quinolonas), 11% CT e 62% IBP. 40% faleceram. Salienta-se a alta incidência da doença numa população idosa e debilitada com múltiplas comorbilidades, dependente e residente em lares, bem como o uso elevado de antibióticos e IBP. A destacar o elevado número de recidivas registado, existindo mesmo um caso com 11 recidivas. De realçar um caso num doente jovem sem fatores de risco à exceção de familiar com DACD, o que nos alerta para a virulência deste bacilo. Os dados em Portugal são limitados e serão necessários mais estudos para uma melhor caracterização da DACD. Uma solução seria a obrigação da notificação da DACD.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30 | **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6**

MODERADORES: CARMÉLIA RODRIGUES, PILAR LAGUNA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-36-01

PIELONEFRITE AGUDA OU ALGO MAIS?

Joana Martins, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A espondilodiscite é uma entidade rara que condiciona elevada morbimortalidade dada a instalação insidiosa e os sintomas inespecíficos. Para o diagnóstico desta doença é importante um elevado índice de suspeição. Caso Clínico: Mulher, 76 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por lombalgia, disúria, náuseas, vómitos e anorexia. Ao exame objetivo salientava-se a presença de Murphy renal bilateral. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reativa e disfunção renal. A ecografia evidenciou dilatação pielocalicial esquerda e cálculo do grupo calicial médio do rim direito. A TAC abdominopélvica mostrou sinais compatíveis com pielonefrite à esquerda e coleção de provável natureza líquida posterior ao rim esquerdo. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico. Na urocultura foi isolado Proteus mirabilis sensível à antibioterapia em curso. Por manter lombalgia realizou TAC da coluna lombar que evidenciou abcessos dos músculos psoas, com bolha gasosa à direita. Fez ressonância magnética que mostrou presença bilateral de abcessos nos músculos psoas envolvendo toda a extensão dos mesmos, aspetos sugestivos de osteomielite, fleimão L1-L2 com sinais de possível discite associada. Perante estes achados, fez biópsia do corpo vertebral de L2; a histologia confirmou espondilodiscite e o exame cultural evidenciou Proteus mirabilis. Teve alta 4 semanas após admissão orientada para consulta de Medicina Interna. Cumpriu curso de antibioterapia de longa duração com amoxicilina/ácido clavulânico, com melhoria progressiva. Comentário: A história clínica, os exames imagiológicos, anatomopatológicos e culturais conduziram ao diagnóstico no caso clínico apresentado, possibilitando a abordagem terapêutica de longa duração recomendada nos casos de espondilodiscite.

CO-36-02

VARICELA NÃO É SÓ DAS CRIANÇAS - REVISÃO DOS INTERNAMENTOS POR INFECÃO A VARICELA-ZOSTER

Cátia Canelas, Joana Calvão, Helena Maurício, Dina Carvalho, Trigo Faria
CHTMAD

Varicela é uma patologia comum com clara predileção pelos indivíduos em idade pediátrica, onde habitualmente cursa de forma benigna. Nos adultos é menos frequente mas mais grave. Estudo retrospetivo dos internamentos por infeção primária por varicela-zoster em >18anos de 1/1/2000 a 31/12/15. A amostra inclui 27 doentes, 37% do sexo feminino e 63% do sexo masculino com média de idades de 43 anos.A duração média do internamento foi 9dias. Em relação ao motivo de internamento, 21doentes eram imunodeprimidos e os principais atingimentos de órgão eram respiratório (10%hipoxemia), hematológico (30% anemia e trombocitopenia), renal (18,5%lesão renal aguda), hepático (14,8%citólise hepática). No que respeita aos fatores de imunodepressão 33,3% estavam a fazer fármacos; 74% apresentavam comorbilidades sendo as mais prevalentes transplante renal e alcolismo (18,5%) e doença oncológica (14,8%). A forma de apresentação na maior parte dos doentes foi a mais comum - pródromo flu-like e o rash pruriginoso com vesiculas em gota de orvalho em diferentes fases de evolução (um doente tinha vesiculas com conteúdo hemático),desta forma em apenas 3 doentes o diagnóstico não foi clinico complementando-se a investigação com determinação de Anticorpos para o vírus. O atingimento de órgão e sistemas foi para além da pele e alterações do hemograma mais prevalente a nível

respiratório com 10 pneumonias e neurológico com 2 meningites. O tratamento foi sempre com aciclovir, excepto nas grávidas que foi apenas sintomático. 8 doentes necessitaram de internamento em unidade de cuidados intensivos, 1 faleceu e não houve reinternamentos. A varicela tem um comportamento mais agressivo na idade adulta justificando o tratamento com antivírico em internamento e a apresentação como pneumonia é das mais graves. Portanto apesar de menos comum a varicela na idade adulta é um diagnóstico a não esquecer e no qual deve ser antecipada a sua gravidade de modo a poder alterar o prognostico potencialmente fatal.

CO-36-03

UMA ZOONOSE RARA

Ana Bravo, Alexandra Gaspar, Cláudia Neves, Marta Gonçalves, Helena Estrada, Elisabete Margarido, Miguel Valente
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CHLC, MEDICINA 2.1

O Streptococcus Suis (S.Suis), coco gram positivo presente principalmente nos porcos, transmite-se por via cutânea, oral ou respiratória a indivíduos expostos a estes animais ou à sua carne não processada. A principal manifestação clínica é uma meningite cursando precocemente com surdez neurosensorial e/ou disfunção vestibular, sequelas por vezes permanentes.De 1968 a 2013 registam-se 1642 casos mundiais, 90,2% na Ásia e 8,5% na Europa, sendo raros noutras regiões. Em Portugal, referenciamos 5 casos, apenas um no registo mundial citado. Relata-se o caso duma mulher de 54 anos com bypass gástrico por obesidade, colecistectomia e tabagismo que inicia quadro agudo de febre elevada, calafrios, mioartralgias, bradipsiquismo, cefaleias, desequilíbrio e sensação de "preenchimento" do ouvido esquerdo. Apresentava rigidez da nuca e analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios. O líquido cefalorraquidiano (LCR) era turvo, normotenso, com linfocitose, hipoglicorráquia e hiperproteinorráquia. No LCR e em hemoculturas isolou-se S.Suis. Sob Ceftriaxona e corticoterapia houve melhoria clínica, mantendo hipoacusia grave e disfunção vestibular à esquerda, 6 meses após alta hospitalar. O S.Suis é um patogéneo zoonótico emergente responsável por doenças geralmente de exposição profissional, devendo ser considerado mesmo sem contexto epidemiológico, como o caso presente. Há dificuldades na sua identificação microbiológica sendo confundido com outros Streptococcus, especialmente o Viridans. O atingimento auditivo e vestibular precoce numa meningite deve levar à suspeita de infecção por S.Suis. A terapêutica é com β-lactâmicos e corticóide, 4 a 6 semanas, duração muito superior à de outras meningites bacterianas pela lesão coclear, atingimento vestibular com labirintite e risco de recorrência. Abordam-se as características epidemiológicas, clinicas, terapêuticas e preventivas desta entidade rara, provavelmente sub-diagnosticada e ainda sem notificação obrigatória no nosso país.

CO-36-04

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA: DETERMINAÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE DE DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

MJ Lobão (1), P Sousa (2)
(1)SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE CASCAIS;(2)ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Introdução: A bacteriúria assintomática (BA) é uma condição clínica comum que frequentemente conduz à utilização inadequada de antimicrobianos. Métodos: Efectuou-se um estudo de coorte (histórica) para determinação da taxa de incidência da bacteriúria assintomática num Serviço de Medicina Interna. Analisaram-se os dados correspondentes a uma amostra aleatória sistemática de 388 doentes, representativa dos 3492 admissões ocorridas em 2014. Os doentes foram caracterizados de acordo com varáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas com características do doente à admissão, do episódio de internamento, da algaliação e do tratamento. O nível de significância considerado foi de 5%. Resultados: A taxa de incidência de Bacteriúria Assintomática (BA) foi de 4,4% ((17/388);IC 95%:[2-6%]). A maioria dos doentes eram mulheres (12; 70,6%), provinham do domicílio (15; 88,2%), tinham uma idade avançada (idade média 81,76 anos ±10,14), um elevado grau de dependência (I. Barthel < 30 pontos; incontinência de esfíncteres: 76,4%) e elevada comorbilidade (Índice de Charlson ajustado à idade médio: 4,94 ± 1,9 pontos). A maioria dos doentes com BA foi internado por doenças do Aparelho Circulatório (8;47,1%). Cerca de metade dos casos ocorreram em doentes algaliados (9;52,9%; total de dias de algaliação:79), tendo o diagnóstico sido feito, em média, ao 7º dia de internamento (±4,37). Os agentes microbiológicos mais frequentemente envolvidos foram a E. coli (23,5%), Proteus mirabilis (23,5%) e Candida Albicans (17,6%). Cerca de 60% (10/17; IC95%:[33%-84%]) desses doentes foram submetidos a tratamento, o que corresponde a 71 dias evitáveis antibioterapia. Os doentes com BA sujeitos a tratamento tiveram tempos de internamento mais prolongados (p<0,004). Conclusão: A elevada taxa de tratamento inadequada da BA encontrada e o seu impacte no prolongamento do tempo de internamento, releva a necessidade de desenvolvimento de estratégias e de intervenções que o contrariem.

CO-36-05

INFECÇÕES URINÁRIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL: RESULTADOS DE UM ESTUDO DE COORTE REALIZADO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

MJ Lobão (1), P Sousa (2)
(1)SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE CASCAIS;(2)ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Introdução: As infecções associadas aos cuidados de saúde são um importante problema de saúde pública. Entre elas, destacam-se as infecções urinárias (ITU) por serem as mais frequentes e estarem associadas a elevados custos e morbilidade. Métodos: Efectuou-se um estudo de coorte (histórica) para determinação da incidência da ITUaH. Analisaram-se os dados correspondentes a uma amostra aleatória sistemática de 388 doentes, representativa das 3492 admissões ocorridas, em 2014, nesse Serviço. Utilizaram-se as definições e métricas utilizadas Centers for Disease Control. Consideraram-se varáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas com características do doente à admissão, do episódio de internamento, da algaliação e do tratamento. O nível de significância considerado foi de 5%. Resultados: A taxa de incidência global de ITUaH foi de 6% (24/388; IC 95%:[3,8-8,6%]). Mais de metade destas infecções (N=15, 62,5%) aconteceram no contexto de utilização de uma sonda vesical. A taxa de incidência cumulativa de 2% (IC 95%: [1%-4%]) para as ITUaH não associadas à utilização do dispositivo e de 4% (IC 95%:[2%-6%]) para as ITUaCV. Verificaram-se 19,76 ITU por mil dias de cateter vesical (ITUaCV) e 4,17 ITUaCV por mil dias de internamento. A taxa de algaliação nesta coorte foi de 21% (759 dias de CV/3591 dias de internamento). Oitenta por cento destas infecções ocorreram em doentes sem indicação para a algaliação. A maioria das ITUaCV ocorreu em doentes algaliados no SU (66,7%), tendo o diagnóstico sido efectuado precocemente (mediana do dia de internamento: 4 dias, IQR[3-8]; mediana do dia de CV: 3, IQR [3-11]). Conclusão: Os dados do estudo revelam elevadas taxas de ITUaCV por dia de internamento e CV, colocando em evidência a necessidade de desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção, das quais se destaca a redução do número de algaliações. A identificação dos factores associados à ocorrência não esperada de ITUaCV precoces deve ser investigada.

CO-36-06

DOENÇA DE WHIPPLE. UMA CAUSA RARA DE STATUS EPILEPTICUS

Hugo M Oliveira, Elena Molinos, Filipe Correia, Sofia Jordão, Teresina Amaro e Rui Araújo
ULS MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA

A Doença de Whipple (DW) é uma infecção bacteriana sistémica rara provocada pelo Tropheryma whipplei e com um amplo espectro de manifestações clinicas. Apesar de ter uma forma clássica, com artralgias migratórias, dor abdominal, diarreia e emagrecimento, o envolvimento do

sistema nervoso central (SNC) é frequente e pode ser exclusivo. Descrevemos o caso de um homem de 80 anos, admitido no serviço de medicina intensiva por estado de mal epiléptico convulsivo, requerendo sedação profunda e ventilação invasiva. Nas horas que anteciparam a admissão foi encontrado desorientado e com movimentos repetitivos. Na avaliação inicial não foram identificadas alterações clínicas, incluindo no exame neurológico. Por uma tomografia computorizada (TC) cerebral incaracterística foi realizada ressonância magnética (RM) que revelou a presença de hipersinal em T2/FLAIR temporal esquerdo, sem captação de gadolínio e inespecífico. Analiticamente, apresentava PCR de 20mg/L, proteinoráquia de 72mg/dL e estudo de encefalites víricas negativo. Revendo a história médica prévia, constatou-se quadro de diarreia e emagrecimento com 6 meses de evolução, bem como a presença de adenopatias generalizadas na TC tóraco-abdominal. A biópsia das adenopatias revelou a presença de linfadenite granulomatosa não necrosante. A técnica de polymerase chain reaction na biópsia permitiu o diagnóstico de DW. Iniciado tratamento com cefotaxima, observando-se melhoria progressiva do status neurológico e dos achados patológicos na RM cerebral. Após 4 semanas de antibioterapia com penetração no SNC, prosseguiu tratamento com doxiciclina e hidroxicloroquina. A DW é uma entidade rara, cujo diagnóstico é geralmente difícil e tardio, como no caso descrito. O envolvimento do SNC, habitual nas formas tardias, pode ser inespecífico e atípico. Se não for tratada, a DW é potencialmente fatal, pelo que deve ser suspeitada em todos os quadros neurológicos complexos e incaracterísticos, a fim de permitir um diagnóstico precoce.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30	**CAPELA**
MODERADORES:	**RAQUEL GUTIERREZ** **ADRIANA ALVES**

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-37-01

UM CASO RARO DE ABCESSO CEREBRAL

Daniela Soares Santos, Rita Jorge, Daniela Pereira Coelho, Hugo Clemente, Joana Rato, José Luís Alves, Arsénio Santos, Rui Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - MEDICINA INTERNA A

Introdução – O abcesso cerebral é uma complicação rara de várias infeções, trauma ou cirurgia, ocorrendo a disseminação do microrganismo por via direta ou hematogénea. A infeção primária ou a condição predisponente são desconhecidas em 20 a 40% dos casos. Os Streptococcus e Staphylococcus spp são os gérmens mais frequentes. Caso clínico – Homem de 62 anos, previamente saudável, admitido por febre, anorexia, suores noturnos e mialgias generalizadas com uma semana de evolução. Associadamente, apresentava cefaleias holocraneanas, sonolência e irritabilidade. Ao exame objetivo, havia ligeira lentificação psicomotora. Analiticamente com leucocitose (13,1 x 10^6/µL) e neutrofilia (72%), proteína C reativa de 0,69 mg/dL e hiponatrémia euvolémica com sódio sérico de 119 mEq/L e sódio urinário de 27 mmol/L. O estudo imagiológico crânio-encefálico por TC e RM revelou uma lesão expansiva parietal profunda esquerda, com 2 cm de diâmetro, sugestiva de abcesso e inflamação do ventrículo lateral adjacente. Assumiu-se o diagnóstico de abcesso cerebral a condicionar síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética. Foi realizada drenagem cirúrgica da lesão com aspiração de conteúdo purulento e foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone, vancomicina e metronidazol, assim como dexametasona. No estudo microbiológico do exsudado purulento foram isolados Streptococcus intermedius e Pseudomonas aeruginosa, esta apenas sensível a colistina. Cumpriu 5 semanas de antibioterapia com meropenem e colistina, com melhoria clínica e radiológica. No estudo complementar não foi objetivada infeção primária, nem outra patologia ou condição predisponente. Conclusão - Trata-se de um caso de infeção rara, num doente proveniente da comunidade, sem outro foco infecioso ou fator de risco identificável, com isolamento de um microrganismo habitualmente adquirido em ambiente hospitalar e associado a complicação infeciosa cerebral de traumatismo craniano, neurocirurgia ou infeção otogénica.

CO-37-02

COLITE INFECCIOSA A CMV EM DOENTES IMUNOSSUPRIMIDOS NÃO-HIV

Rosa Alves, Tiago Ferreira, Tiago Judas
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A infecção por Citomegalovírus (CMV) apresenta uma clínica variada. As suas manifestações mais graves verificam-se habitualmente vem doentes imunocomprometidos pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), no entanto também se podem verificar em outros estados de imunossupressão. Descrevemos dois casos de colite a CMV em doentes imunossuprimidos não-HIV. Caso 1: Mulher, 61 anos, com artrite reumatóide sob terapêutica imunossupressora, internada por quadro de diarreia e vómitos aquosos com sinais de má perfusão periférica, traduzindo sépsis com ponto de partida abdominal. Dos exames iniciais, destacavam-se leucocitose neutrofílica e prot c reactiva elevada; TC abdominal com marcada distensão cólica e colonoscopia compatível com colite isquémica. Os exames culturais e pesquisa de toxina de Clostridium difficile foram negativos. Cumpriu 14 dias de antibioterapia, mantendo diarreia e febre. A serologia para CMV foi positiva, com elevada avidez. Medicada com ganciclovir com melhoria clínica. Caso 2: Mulher, 83 anos, sem antecedentes relevantes, admitida por quadro persistente de diarreia e hematoquézias, tendo-se documentado serologia e biópsia cólica positivas para CMV. Cumpriu terapêutica com ganciclovir durante 21 dias, com melhoria clínica. Após a alta, manteve seguimento em consulta de Medicina, tendo-se verificado persistência de linfocitose. Para investigação etiológica, realizou imunofenotipagem que foi compatível com leucemia linfocítica crónica de células B. A colite a CMV pode apresentar-se como um quadro de diarreia transitório e inocente nos doentes imunocompetentes. No entanto, nos doentes imunossuprimidos a apresentação pode ser persistente, mais grave e, em alguns casos, ser a 1ª manifestação de um estado de imunossupressão que deve ser investigado. Assim, deve-se ter um elevado índice de suspeição para colite a CMV nos doentes imunossuprimidos não-HIV, que apesar de terem um menor risco de infecção, esta pode ter impacto no prognóstico dos mesmos.

CO-37-03

MICOBACTERIOSE DISSEMINADA - PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

Catarina Cardoso, Teresa Garcia, Patricia Cachado, Daniela Paiva, João Cortez, Catarina Pires, Karin Luz, Afonso Rodrigues,Tiago Pack, Sara Castelo Branco
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL SANTA MARTA; UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA

Tuberculose disseminada é rara, especialmente em doentes sem coinfecção a VIH. As dificuldades que se impõem no diagnóstico desta doença abrangem não só a inespecificidade de sinais e sintomas, como a necessidade de obtenção de amostras que possibilitem o exame muitas vezes histológico para confirmação da sua presença. Apresenta-se um caso de um doente de 65 anos, com história de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão arterial e Insuficiência renal crónica. Quadro com cerca de 4 meses de evolução de perda ponderal, adinamia e dor lombar. Ao exame físico evidenciava caquexia, ligeiro ingurgitamento jugular sem refluxo hepatojugular, redução do murmúrio no 1/3 inferior do hemitórax direito e o abdómen demonstrava sinais sugestivos de ascite. Sem edema nos membros inferiores, lesões cutâneas ou icterícia. Apirexia mantida. Analiticamente destacava-se trombocitopenia de 77,000 sem outras citopénias e padrão citocolestático com discreta elevação da bilirrubina total. Radiografia tórax sugestiva de derrame pleural direito e ecografia abdominal com ascite aparentemente pura em moderada quantidade. Admitido em internamento para estudo e suporte nutricional com as hipóteses diagnósticas de Neoplasia, Micobacteriose, Espondilodiscite ou Insuficiência cardiaca. Após a realização de exames adicionais excluiram-se a primeira e terceira patologias, confirmando-se a última. Iniciou diuréticos como tratamento inicial e verificou-se redução significativa do derrame pleural e ascite, porém agravamento significativo da trombocitopenia com risco para procedimentos invasivos como toracentese, biopsia pleural ou paracentese. Realizou biopsia de medula óssea com evidencia de escassos granulomas caseosos pelo que

iniciou terapêutica admitindo-se Micobacteriose tipica e/ou atípica. Apesar do tratamento faleceu, confirmando-se o diagnóstico através da autópsia. A valorização sintomática com o diagnóstico precoce da doença é de extrema importância para a redução da sua mortalidade.

CO-37-04

ENDOCARDITE INFECCIOSA: UMA ENTIDADE, DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

Inês Costa, Ana Afonso, Margarida Alvelos
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - PORTO

A endocardite pode apresentar-se de diversas maneiras, pelo que o seu diagnóstico definitivo depende de um elevado índice de suspeição. Este trabalho revê 4 casos diagnosticados pela mesma equipa médica no período de 6 meses, ilustrando essa grande diversidade. Homem de 72 anos internado por insuficiência cardíaca aguda para estudo. Documentada insuficiência aórtica e hipertensão pulmonar graves. Submetido a substituição valvular, que objectivou abcesso sub-aórtico. Feito diagnóstico de endocardite sub-aguda esquerda sem isolamentos microbiológicos. Homem de 51 anos, com comunicação interventricular (CIV) congénita não corrigida. Síndrome gripal exuberante a motivar vinda ao SU, com identificação de sopro de novo. Internado para realização de ecocardiograma transesofágico, que mostrou vegetações longilíneas junto à CIV e válvula tricúspide; hemoculturas positivas para Staph. aureus. Feito diagnóstico de endocardite aguda direita. Homem de 57 anos, com estenose aórtica grave e imunossupressão crónica por transplante hepático. Internado por febre sem foco com semanas de evolução, com vários ciclos de antibióticos. Identificada insuficiência mitral grave de novo, associada a vegetação filiforme. Submetido a cirurgia de substituição das válvulas aórtica e mitral. Feito diagnóstico de endocardite sub-aguda esquerda sem isolamentos microbiológicos. Homem de 75 anos, com prolapso da válvula mitral, internado por hemiparésia esquerda de novo. História de picos febris esporádicos nas semanas anteriores. Na unidade de AVC apresentou pico febril e elevação dos marcadores de infecção. Objectivadas vegetações grandes na válvula mitral e hemoculturas positivas para Streptococcus spp. Submetido a substituição da válvula mitral. Feito diagnóstico de endocardite aguda esquerda. As diversas apresentações da endocardite obrigam a considerá-la perante uma multiplicidade de situações. Compete ao clínico distingui-las, com o objectivo de mais rapidamente instituir o tratamento adequado.

CO-37-05

RDW E INFECÇÃO – QUAL O SEU VALOR PROGNÓSTICO

Ana Rita Terra, Ana Nunes, Joana Lobato, Jorge Fortunato, Teresa Romão, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ (CHLO), SERVIÇO DE MEDICINA I

INTRODUÇÃO: O RDW (red cell distribution with) avalia a variabilidade no tamanho dos eritrócitos. Usado na avaliação da anemia, tem sido proposto em vários estudos como factor prognóstico em múltiplas patologias, nomeadamente infecciosas, embora o seu mecanismo seja desconhecido. OBJECTIVOS E MÉTODOS: Estabelecer relação prognóstica entre os valores de RDW e mortalidade intra-hospitalar em doentes com patologia infecciosa de qualquer localização através da análise retrospectiva de processos clínicos de doentes internados num Serviço de Medicina, seguidos na nossa equipa, em 24 meses. Registou-se: diagnóstico principal de infecção, idade, sexo, RDW (N: 11,5-14,5%), hemoglobina (Hb) e proteína-C reactiva (PCR) à admissão e mortalidade. Foram constituídos 3 grupos: RDW ≤14,5%; RDW de 14,6% a 18,5%; RDW ≥18,6%. RESULTADOS: Numa população de 351 doentes, 170 (48,43%) apresentou infecção. Destes, 106 (62,35%) tinham RDW >14,5%, 52 mulheres e 54 homens com idade média de 81,73 anos (+/- 9,92). Predominaram infecções respiratórias e urinárias (89,62%). O valor médio de RDW foi 16,59% (+/- 2,18). A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi 21,70% enquanto nos doentes com RDW ≤14,5% foi 9,38%. Nos doentes com alta a média de Hb foi 11,28g/dL (+/- 1,83) e PCR 13,96mg/dL (+/- 9,04); os óbitos tinham Hb média de 11,57g/dL (+/- 2,08) e PCR 8,97mg/dL (+/- 6,83). Dos subgrupos com RDW elevado, 93 doentes (87,74%) apresentaram RDW entre 14,6% e 18,5% com taxa de mortalidade de 20,43% e 13 doentes (12,26%) RDW ≥18,6% com taxa de mortalidade de 30,77%. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Observámos que doentes com patologia infecciosa e RDW elevado apresentam pior prognóstico e maior probabilidade de morte intra-hospitalar. Como evidenciado noutros estudos, a mortalidade foi tanto maior quanto maior o valor do RDW. Esta influência parece ser independente do valor de Hb e PCR pelo que devemos considerar-se o RDW como indicador prognóstico e ponderar terapêuticas mais agressivas nestes doentes.

CO-37-06

COROIDITE SERPIGINOSA LIKE – MAIS UMA MANIFESTAÇÃO DE TUBERCULOSE

Manuel Araújo, Marta Pinheiro, Luciana Frade, Irene Verdasca, José Pereira, Ana Ribeiro da Cunha, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III, H.S. FRANCISCO XAVIER, SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA/CHLO E NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA.

Sabe-se que a tuberculose se pode manifestar em qualquer órgão. No olho, especialmente na retina, localização de difícil abordagem para biopsia mas onde é possível, mediante simples fundoscopia, objetivar lesões que estão tipicamente associadas a esta patologia, a imagem que a tuberculose mimetiza é a coroidite serpiginosa e dai adquirir o sufixo –like. Caso Clínico: Homem 61anos, raça negra natural de Cabo Verde, com cardiopatia hipertensiva, Diabetes tipo 2, retinopatia hipertensiva grau 3, DRC estadio 3b com proteinuria não nefrótica, dislipidemia, seguido em consulta de diabetes desde 2010. Desde então agravamento progressivo da acuidade visual do olho direito com seguimento regular por oftalmologia. Apesar do controlo glicémico adequado em 2015 começa a manifestar diminuição da acuidade visual no olho esquerdo. Em colaboração com a oftalmologia, a fundoscopia, angiografia fluoresceínica e tomografia de coerência ótica concluíram tratar-se de coriorretinite multifocal bilateral, em padrão serpiginoso, com envolvimento peripapilar e da mácula, com neovascularização coroideia. Pela associação entre estas lesões e doenças infeciosas/inflamatórias/infiltrativas iniciou-se marcha diagnóstica com Mantoux 14mm, IGRA positivo (restantes estudos negativos). Concluiu-se tratar de coroidite serpinginosa like pós infeção tuberculosa. Apesar desta lesão poder ser autoimmune, está preconizado o tratamento anti-bacilar associado a corticoterapia. Iniciou terapeutica antibacilar quadrupla e Ranibizumab intravitreo (neovascularização). Registou-se melhoria da acuidade visual do olho esquerdo mas mantem compromisso visual bilateral severo. Conclusão: O diagnóstico de tuberculose continua a ser um desafio e certos sinais como aqueles objetivados neste doente devem suscitar a suspeita desta associação. Torna-se fundamental ao internista ter conhecimento destas lesões para poder levantar a suspeita e evitar o prognóstico reservado deste quadro.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30	CAPELA
MODERADORES:	RAQUEL GUTIERREZ EDGAR TORRE

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-38-01

ABCESSO HIPOFISÁRIO: UMA ENTIDADE RARA

António da Costa Carneiro, Mariana Abreu Vieira, João Carlos Furtado
HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Apresenta-se o caso de uma doente com 85 anos, em Lar, internada por prostração associada a conjuntivite bilateral purulenta com várias semanas de evolução. À admissão apresentava leucocitose 14300/mcL, proteína C reactiva 21.46 mg/dL e exame sumário de urina com leucocitúria. Apesar da instituição empírica de piperacilina e tazobactam endovenosa e levofloxacina em colírio, para celulite orbitária e cistite associadas a cuidados de saúde, verificou-se agravamento clínico, com necessidade de enucleação do olho direito. Foi isolado S. aureus multissensível no exsudado ocular descalando-se antibioticoterapia para flucloxacilina, com melhoria do processo infeccioso.

Durante o restante internamento, registaram-se episódios frequentes de vómitos com hipoglicémias graves, quadro sugestivo de insuficiência supra-renal. Após exclusão de etiologia primária, realizou tomografia computorizada da sela turca que revelou abcesso para-selar direito. Admitindo-se hipopituitarismo em contexto infeccioso, assumiu-se S. aureus isolado como agente provável, tendo-se escalado flucloxacilina e ceftriaxone para doses meníngeas e associado dexametasona, com melhoria progressiva. Com este caso pretende-se reiterar a raridade desta entidade, que representa 1% das massas hipofisárias, com apenas 200 casos descritos, que surge geralmente por disseminação hematogénea, embora no quadro supra-citado, tenha ocorrido como complicação de um processo de celulite orbitária. O diagnóstico representa um verdadeiro desafio, pela semiologia frustre, com a instalação indolente de cefaleias ou défices neurológicos de novo, sendo de referir as manifestações subtis e inespecíficas de hipopituitarismo. A confirmação diagnóstica é feita por ressonância magnética nuclear. Apesar de preconizada a drenagem cirúrgica transesfenoidal, poder-se-á utilizar uma abordagem conservadora com antibioticoterapia sistémica, sob monitorização clinico-imagiológica rigorosa (com duração não inferior a 4 semanas).

CO-38-02

PATOLOGIA INFECCIOSA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Francisca Abecasis, Catarina Valadão, Ana Catarina Duarte, João Quarenta, José Nuno Raposo
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objetivos:As patologias infecciosas são uma importante causa de morbimortalidade na população portuguesa levando muitas vezes ao internamento hospitalar. O objetivo deste estudo foi determinar, num momento aleatório, a prevalência de doença infecciosa no internamento, a sua influência na demora média de permanência e as etiologias mais frequentes. Foi avaliada a percentagem de doentes que desenvolveu qualquer tipo de infeção nosocomial, o prolongamento do tempo de permanência associado, bem como a sua contribuição para a mortalidade intra-hospitalar. Métodos:Foi realizado um estudo retrospetivo observacional num setor de um serviço de Medicina Interna (MI). Os dados foram obtidos com base nos diários clínicos e relatório de alta dos doentes. Resultados:Foi avaliada uma amostra aleatória de 100 doentes com idade média de 77 anos (mínima de 39 e máxima de 94 anos). A taxa de internamento por causa infecciosa foi de 63%. A demora média de permanência nos doentes internados por patologia infecciosa foi de 12,3 dias (aproximadamente mais 1,1 dias do que os internamentos por causa não infecciosa). As principais etiologias são a infeção respiratória, responsável por 81% dos casos e infeção do trato urinário (16% dos casos). A taxa de mortalidade intra-hospitalar dos doentes internados por causa infecciosa foi de 19%, em comparação com 8% nos restantes doentes. Verificou-se ocorrência de infeção nosocomial em 15% dos internamentos, tendo o tempo médio de permanência aumentado para 18,5 dias. A taxa de mortalidade nestes doentes atinge os 26%. Conclusão:Num serviço de MI, com uma população caracteristicamente envelhecida, existe um elevado ónus das patologias infecciosas contribuindo para prolongamento do tempo de internamento, sendo uma importante causa de morte intra-hospitalar. A infeção nosocomial, uma complicação da hospitalização, aumenta significativamente o tempo de internamento com importantes consequências a nível das taxas de mortalidade intra-hospitalar.

CO-38-03

"BCG DISSEMINADA" – UMA COMPLICAÇÃO RARA

Joana Carneiro, Tiago Marques, Joana Torre, Isabel Maldonado, Joana Louro
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - UNIDADE DE CALDAS DA RAINHA

Introdução: O tratamento com administração intravesical de Bacillus Calmette-Guerin (BCG) é usada no tratamento do cancro vesical superficial sendo uma alternativa eficaz à quimioterapia. É geralmente um tratamento seguro, mas em <5% dos doentes, pode desencadear efeitos secundários importantes, tais como prostatite granulomatosa, pneumonite, hepatite ou sépsis. Caso clínico: Homem, 80 anos, com antecedentes de tumor vesical musculo-invasivo (pT2) tendo realizado administração intravesical de BCG. Foi submetido a citoprostatectomia radical com ureterostomia cutânea bilateral. O pós-operatório foi complicado por febre (39-40ºC) sem evidência de foco infecioso, que se manteve apesar de antibioterapia de largo espetro. As serologias e os exames microbiológicos foram negativos. IGRA indeterminado. TAC toracoabdominopélvico sem alterações de relevo. O exame anatomopatologico da peça operatória: "Prostatite com granulomas com necrose central", permitiu colocar a hipótese diagnóstica (HD) mais provável de infeção por BCG disseminada, pelo que iniciou tuberculostáticos. Apesar duma melhoria clinica e laboratorial inicial, ao 20º dia de internamento verificou-se agravamento progressivo do estado clinico. Repetiu TAC toracoabdominopélvico que revelou progressão da neoplasia com metastização hepática. Apesar das medidas instituídas o doente veio a falecer. Conclusão: Apesar de rara a infeção por BCG disseminada é uma complicação deste tratamento e que pode cursar com uma taxa de mortalidade de 50% nos casos mais graves. É um diagnóstico difícil e que exige alta suspeição mas que deve estar presente nas HD e ser o mais atempado possível.

CO-38-04

PORTADORES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE (MRSA) NUM SERVIÇO DE MEDICINA – COMO APLICAR NOVAS REGRAS À REALIDADE NACIONAL?

Ana Sofia Carvalho, Filipa Brás Monteiro, Inês Cruz, Nuno Monteiro, Diogo Paixão Marques, Margarida Cardoso, Rita Mendes, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA II, HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

Introdução: Das infecções associadas aos cuidados de saúde em Portugal, a infecção por Staphylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA) é das mais frequentes. A Norma 018/2014 da Direcção-Geral da Saúde pretende responder a este problema. Constitui uma mudança estrutural na admissão dos doentes nos Serviços de Medicina, nomeadamente na selecção dos que carecem de isolamento de contacto. Este trabalho visa quantificar o número de doentes com indicação para pesquisa de portador MRSA e analisar os seus critérios; avaliando o impacto destas medidas. Pretende-se contribuir para a criação de estratégias e melhoria dos cuidados prestados. Métodos: Estudo prospectivo incluindo todos os doentes internados num período de 5 semanas num Serviço de Medicina. Resultados: Obteve-se um total de 138 doentes: 73♀(53%);65♂(47%), média de idades 75 anos. 67 (48,6%) apresentaram indicação para rastreio de portador MRSA na data de admissão. Os critérios mais prevalentes para a sua realização foram: a antibioterapia (53;38,4%) e o internamento nos últimos 6 meses (46;33,3%), transferência de unidade hospitalar (mais de 48h internamento) (24;17,4%) e presença de dispositivos invasivos (22;15,9%). Quinze doentes (10,9%) permaneceram no Serviço de Urgência mais de 48h, carecendo de rastreio. A maioria dos doentes com indicação para rastreio apresentou mais do que 1 critério positivo (33;51,6% dos doentes com indicação). Conclusão: Um número relevante (49%) de doentes internados apresentaram indicação para a pesquisa de portador de MRSA. Este valor coloca vários desafios relativos ao isolamento destes doentes, nomeadamente recursos humanos (incluindo o tempo para aplicação do protocolo de descolonização) e materiais (batas, luvas...) necessários para este efeito. Desta análise sobressai também a relevância da antibioterapia, considerando-se que o seu uso deverá ser objecto de análise futura. Considera-se ainda que um estudo mais alargado poderá trazer dados mais claros sobre este tema.

CO-38-05

CASUÍSTICA – BACTERIEMIA A GRAM NEGATIVOS

Inês Soares, Márcia Souto, Ana Rafael, Adelaide Moutinho, Emília Mesquita, Fernanda Linhares
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CHTMAD - HOSPITAL DE CHAVES. PORTUGAL

Introdução: A bacteriemia, culminando muitas vezes em sépsis grave e choque séptico é uma das maiores causas de morte em doentes internados, com uma mortalidade que varia entre os 12 e os 38%. A bacteriemia por bactérias gram negativas (BG-) compreende um grave problema, que preocupa cada vez mais os clínicos, dada o seu aumento de multi-resistencias bacterianas. Objectivo: Identificar as estirpes mais frequentes de BG- num hospital distrital e sua abordagem terapêutica. Material e métodos: Foram estudadas as hemoculturas com identificação de BG- durante o ano de 2015. Foram também avaliados os doentes, serviço onde se encontravam internados, patologia acompanhante, tratamento e mortalidade. Trabalhamos uma amostra de 57 pacientes. Resultados: Das 3.726 hemoculturas (HC) colhidas, 514 isolaram agente etiológico, sendo que 156 identificaram BG-. As BG- mais frequentemente isoladas foram a Escherichia coli (66,8%), seguida da Klebsiella pneumoniae (14,1%), sendo a menos frequente o Acinetobacter baumanni (0,64%). Destes, o serviço de urgência foi o serviço onde foram realizados o maior numero de hemoculturas e onde a percentagem de HC com isolamento de BG- foi maior (32,6% das 325 HC positivas). Dos doentes estudados, foi possível concluir que a maioria se encontrava internada no serviço de Medicina, seguido do serviço de Cirurgia. A média de idades era de 72,1 anos e grande maioria dos doentes apresentava mais de 2 patologias associadas. A grande maioria dos doentes apresentou evolução favorável, mas a de-escalação antibiótica foi rara, apesar dos resultados de sensibilidades bacterianas. Discussão e conclusão: O isolamento de BG- e a pouca diversidade de armas terapêuticas são um problema que deve ser tido em conta na hora da escolha do antimicrobiano. A de-escalação deve ser feita logo que possível de modo a "poupar" antimicrobianos e diminuir as resistências cada vez mais frequentes.

CO-38-06

DOENÇA DE LYME, É IMPORTANTE SUSPEITAR – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

António Ferreira, Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles-Brandão, Susana Barbosa, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

Introdução: A doença de Lyme é uma zoonose causada por espiroquetas com transmissão por picada de artrópode. Na Europa as infeções são causadas sobretudo pela Borrelia afzelii e garinii, esta última com maior tropismo pelo sistema nervoso central. Objetivos: Avaliação do número de doentes com infeção por Borrelia num internamento de Medicina e sua caracterização. Material e Métodos: Pesquisa e revisão de processo clínico de doentes com diagnóstico de borreliose em internamento hospitalar num Serviço de Medicina entre o ano de 2010 e 2015. A análise dos dados foi efetuada com o programa SPSS v23. Resultados: Identificados 9 doentes com diagnóstico de infeção por Borrelia. Idade média: 46,1 anos e distribuição por sexo masculino/feminino de 77,8 e 22,2%, respetivamente. 6 doentes apresentaram contexto epidemiológico e 1 doente verificou picada de artrópode. Não houve evidência de sazonalidade. Todos os doentes tiveram envolvimento do sistema nervoso, nomeadamente: parésia facial periférica isolada (1); parésia facial periférica e meningite (2); parésia facial periférica e polirradiculoneuropatia (2); meningoencefalite (1), meningoencefalite e polirradiculoneuropatia (1); S. Guillain-Barré (1); nevrite óptica (1). Apenas dois doentes tiveram febre. O diagnóstico microbiológico foi efetuado por serologia positiva no sangue (5), serologia no liquor (1), serologia no sangue e liquor (1) e PCR no liquor (2). Em dois doentes o estudo microbiológico inicial foi negativo. A duração de antibioterapia foi de 14 a 28 dias e o tempo até resolução da sintomatologia foi prolongado (média de 4,47 meses), permanecendo um doente com lesões neurológicas sequelares. Discussão/Conclusão: A Doença de Lyme tem manifestações clínicas variáveis e é necessário um elevado grau de suspeição pois o diagnóstico pode ser difícil. Nas primeiras 3 semanas de infeção as serologias podem ser negativas e muitas vezes a picada de artrópode não é identificada, como foi verificado.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 — **AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA**

MODERADORES: **HELENA SARMENTO, ANDRIY BAL**

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-39-01

ENDOCARDITE INFECIOSA COM ENFARTE E ROTURA ESPLÉNICOS – CASO CLÍNICO

Renata Violante Silva, Ana Vaz Cristino, Andreia Coelho, Sónia Carvalho, Trigo Faria
SERVIÇO DE MEDICINA – CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Introdução: A Endocardite Infecciosa (EI) é uma doença relativamente rara, porém importante, que apresenta uma ampla variedade de manifestações, todas associadas a uma morbilidade e mortalidade significativas. Caso Clínico: Homem de 45 anos, ex-toxicodependente, com antecedentes de cirrose hepática por vírus de hepatite C, prótese valvular mecânica aórtica há 10 anos e acidente vascular cerebral lacunar, medicado com varfarina e propranolol. Recorreu à urgência por febre (42ºC), tosse produtiva e anorexia, tendo sido internado na Medicina Interna por traqueobronquite e iniciado Ceftriaxone. Isolou-se em 4 frascos de hemocultura Streptococcus bovis. Foi efectuado ecocardiograma transtorácico que mostrou estruturas filamentosas e móveis, pelo que se assumiu o diagnóstico de endocardite de válvula protésica, tendo-se alterado antibioterapia para Penicilina G e Gentamicina. Ao 16º dia de internamento o doente apresenta síncope, dor abdominal, hipotensão e anemia de novo. Na tomografia computorizada (TC) verificou-se baço com mútiplos enfartes e rotura com hemoperitoneu. Foi submetido a esplenectomia de emergência e admitido na unidade de cuidados intensivos (UCI) no pós operatório onde permaneceu 4 dias tendo tido uma evolução clínica favorável. Transferido para a Medicina para continuação do tratamento da endocardite com penicilina G e vancomicina. Já com hemocuturas negativas, ao 32º dia de internamento iniciou novo quadro de dor abdominal, hipotensão com queda de hemoglobina. Visualizado hemoperitoneu em progressão por TC. Na laparostomia verificou-se hemorragia activa da veia esplénica que foi laqueada. O doente foi admitido na UCI por choque hemorrágico com disfunção multiorgânica onde veio a falecer. Conclusão: Descrevemos um caso de uma EI por agente multisensível, que apesar de antibioterapia dirigida, evoluiu para um desfecho fatal por embolização esplénica complicada de rotura. A hipocoagulação por válvula mecânica contribuiu para a gravidade da hemorragia.

CO-39-02

PERITONITE BACTERIANA PRIMÁRIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO

Catarina Araújo, Liliana Santos, Vera Pereira, Dário Batista, Jacobo Bacaniza, Filipe Gonzalez, Joana Manuel, Rui Gomes, Corina Lohman, Lucinda Oliveira, Antero Fernandes
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Streptococcus pyogenes (SP) é uma bactéria frequentemente causadora de infeções respiratórias altas ou da pele, com gravidade clínica variável, podendo culminar em manifestações graves como o síndrome de choque tóxico estreptocócico (SCTE). Apresenta-se o caso de mulher de 47 anos, saudável, admitida por febre, tosse seca, mialgias, vómitos, diarreia e dor abdominal. No exame objetivo salientava-se hipotensão e dor abdominal à palpação do hipogastro. As análises sanguíneas iniciais revelavam pancitopénia; elevação da creatinina, transaminases, creatinina cinase e proteina C reativa; acidémia metabólica com lactacidémia. Fez tomografia computorizada que mostrou derrame pleural bilateral e peritoneal de predomínio pélvico. Submetida a

laparotomia exploradora que identificou peritonite purulenta. O exame ginecológico era normal e o ecocardiograma excluiu endocardite. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, metronidazol e doxiciclina e terapêutica de suporte do choque séptico. Isolou-se SP no pús abdominal e as hemoculturas foram negativas. Assistiu-se a agravamento clínico manifestado por trombocitopénia e coagulopatia, síndrome de dificuldade respiratória aguda e lesão renal aguda, com necessidade de suporte ventilatório invasivo e terapêutica de substituição renal. Objetivaram-se sufusões hemorrágicas nos membros, sinais de epidermólise e áreas de isquémia das extremidades com evolução para necrose, sem se identificarem focos sépticos na pele nem sinais de fasceíte necrosante ou síndrome compartimental. Apesar da terapêutica de suporte instituída e antibioterapia dirigida a doente acabou por falecer. Este caso retrata um SCTE em doente imunocompetente, manifestado por peritonite primária, sem foco identificável, e com evolução para falência multiorgânica. Estudos epidemiológicos revelam aumento da incidência e gravidade das infeções por SP. A mortalidade associada ao SCTE é elevada, podendo diminuir com o reconhecimento e tratamento precoces.

CO-39-03

EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES INTRA-HOSPITALARES NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL DISTRITAL EM 2015

Parente Ana Rita, Vargas-Naranjo Sócrates, Viana Sara Silva, Costa Ana, Mateus Ana, Soles Isabel e Escoto Vera.
HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE - PORTALEGRE

Introdução: A infecção intra-hospitalar (IIH) é aquela adquirida após 48-72 horas de internamento, prévia exclusão de estar em período de incubação no momento do ingresso hospitalar, ou até 28 dias após a alta hospitalar. Objectivo: Caracterizar a IIH no Serviço de Medicina Interna num Hospital Distrital. Metodologia: Estudo transversal. Incluíram-se as altas com diagnóstico de IIH. Analisaram-se idade, sexo, tipo de bactéria, localização da infecção, causa de internamento, estadia média hospitalar, lugar de internamento (ala direita ou esquerda) e tipo da alta (melhorado/falecido). Com os livros das altas hospitalares foi criada uma base de dados. Calcularam-se, com os programas SPSS 20 para Mac e Epiinfo 7, médias, desvio padrão (DP), frequências e riscos relativos de prevalência (RRP). Para observar diferenças entre os grupos de comparação, utilizou-se o estatístico chi-quadrado e t-student com α=0,05. Resultados: Identificaram-se 191 IIH (16,05%), com uma estadia hospitalar média de 21,14 dias (DP=14,49); a maioria respiratórias (47,5%); 5,24% foram polimicrobianas; mais em homens (58,64%; n=112; RRP:1,16; IC95% 0,83-1,63; p=0,221). A idade média foi de 79,92 anos (DP=11,14), maior em mulheres (80,09 anos DP:11,98). A bactéria mais frequente foi Staphylococcus spp (24,61%) e A. baumanii teve uma prevalência de 6,81%. A ala direita apresentou mais IIH (67,2%, n=82; RRP:2,01; IC95% 1,39-2,88; p=0,0001). As principais causas de internamento foram Septicemia (16,39%) seguida por AVC (13,11%). A mortalidade nos doentes foi de 25,40% Conclusão: A IIH é um problema que causa altas taxas de mortalidade e custos importantes ao Sistema Nacional de Saúde. Identificar factores que possam ser corregidos pode minimizar a sua prevalência.

CO-39-04

ESPONDILODISCITE NA MEDICINA INTERNA – OS MESMOS MICROORGANISMOS?

Inês Felizardo Lopes, Rita Prayce, Isabel Luiz
HOSPITAL DE S. JOSÉ (CHLC) - MEDICINA INTERNA UNIDADE FUNCIONAL 1.2

A espondilodiscite é uma patologia cuja via de disseminação mais frequente é a hematogénea sendo o Staphylococcus aureus (SA) o principal agente, com a Escherichia coli (EC) e o Proteus spp a predominar na infeção do trato urinário (ITU). Objectivo e Métodos:Análise retrospectiva e caracterização de doentes internados num serviço de Medicina Interna com diagnóstico de espondilodiscite, entre 2006 e 2016.Resultados: Nos 10 anos, registaram-se 15387 admissões, 27 com diagnóstico clínico e imagiológico de espondilodiscite. 16 eram homens (59%) e a média de idades foi de 70,6 anos.18 dos doentes (66.6%)iniciaram sintomatologia antes do internamento, verificando-se atraso médio no diagnóstico de 2 semanas.A localização lombar foi mais frequente (N=10, 37%), seguindo-se da dorsal (N=9, 33.3%) onde a incidência de complicações (abcesso e colapso vertebral) foi maior. Como fatores de risco destaca-se Diabetes Mellitus em 40.7%, ITU em 33.3% e infecção respiratória em 29.6%. Menos frequentes, a infecção dos tecidos moles (14.8%), corticoterapia (11.1%), endocardite e cirurgia à coluna (3.7% cada).Os principais microorganismos isolados (hemoculturas e uroculturas) foram: EC (33.3%), SA meticilino-resistente em (18.5%), SA meticilino-sensível (14.8%). Outros agentes foram identificados (S. dysgalactae e S. agalactae, S. epidermidis e M. tuberculosis) e em 4 doentes (18.5%) não se isolou agente. Os gram positivos foram os mais frequentemente associados a complicações.Dos doentes submetidos a biópsia, apenas se isolou agente numa peça, Proteus mirabilis. O tratamento foi médico na maioria dos doentes (N=23, 85.2%).Conclusão:Ao contrário dos dados bibliográficos,a EC foi o agente mais frequentemente isolado e admitido na etiologia da espondilodiscite, sendo a ITU fator de risco muito frequente nos nossos doentes internados. O principal limite desta análise prende-se com o diagnóstico definitivo ser dependente de biópsia que nem sempre é indicada e cuja rentabilidade é baixa.

CO-39-05

SÍNDROME DE WEIL - REVISÃO DE 8 CASOS

Vanessa Barcelos, Ana Carolina Ferreira, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, António Prisca, Clara Paiva.
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE.

A Leptospirose, antropozoone de distribuição mundial, é uma doença de polimorfismo clínico conhecido, podendo variar desde uma infeção assintomático até um quadro mais grave, o Síndrome de Weil (SW), com lesão renal, hepática e diátese hemorrágica. Os autores descrevem 8 casos de SW, duma amostra total de 26 casos de Leptospirose, diagnosticados no seu hospital no ano de 2015. Todos os doentes eram homens, com idade média de 44 anos. Dois terços dos casos dedicavam-se à atividade agropecuária. Foram admitidos no Serviço de Urgência (SU) por febre, hipotensão e icterícia, com duração média superior a 72 horas. Destaca-se um caso com hemoptises. Analiticamente todos apresentavam trombocitopénia, lesão renal aguda e padrão de citocolestase de novo, com hiperbilirrubinémia. Por hipotensão, refratária ao fluid challenge, houve necessidade de suporte aminérgico em 75% dos casos. Em dois casos, por insuficiência respiratória, foi instituída ventilação mecânica invasiva. Salienta-se um caso com necessidade de técnicas de suporte dialítico e um com necessidade de transfusão de hemoderivados. Seis doentes foram admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos, um em Unidade de Cuidados Intermédios e um, após estabilização na sala de observação do SU, foi admitido em enfermaria de Medicina Interna. Em todos foi instituída antibioterapia precoce com Ceftriaxona, perante elevada suspeição clínica de Leptospirose, posteriormente confirmada por pesquisa molecular de Leptospira spp no soro e/ou urina. A taxa de mortalidade foi nula, verificando-se à data da alta regressão das lesões de órgão. Embora descrita na literatura como condição rara e de mau prognóstico, constatou-se uma percentagem significativa de Leptospirose icterohemorrágica (aproximadamente 20%) na amostra em estudo. Os autores salientam a importância da elevada suspeição clínica, a instituição de antibioterapia dirigida e técnicas de suporte precoces na resposta favorável a esta apresentação grave de Leptospirose.

CO-39-06

INCIDÊNCIA DA DIARREIA ASSOCIADA AO CLOSTRIDIUM DIFFICILE – ONDE ESTAMOS E DE ONDE VIÉMOS

Sara Sintra, Filipe Taveira, Carlos Filipe, Adélia Simão, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

A epidemiologia da diarreia associada ao Clostridium difficile (DACD) mudou ao longo do tempo e entre áreas geográficas, havendo necessidade de monitorizar

as caraterísticas dos doentes para melhorar as estratégias de controlo e prevenção. Objetivos: Caraterização da população de doentes internados num Serviço de Medicina Interna com diagnóstico principal ou secundário de DACD e comparação com estudo prévio. Métodos: Incluídos os doentes internados entre 2010 e 2015 com clínica sugestiva, pesquisa de toxina positiva (tendo por base 673 pedidos de pesquisa de toxina efetuados) e/ou colonoscopia compatível. Foi realizada comparação com dados de 2004-2009 (n=83/9581). Resultados: Identificados 259 casos de DACD em 36418 doentes internados (69,9% do género feminino; idade média 80+/-10,5 anos; tempo médio de internamento 24,3+/-21,2 dias). Em 92,7% o diagnóstico foi confirmado pela presença da toxina e em 5,8% por colonoscopia. Analisados proveniência, presença de imunossupressão, antibioterapia prévia, uso de inibidor de bomba de protões antes e durante o internamento, comorbilidades e tratamento. Objetivaram-se 174 internamentos prévios (67,2%), dos quais 103 (59,2%) com alta hospitalar há < 1 mês. Em 66% dos casos (n=171), foi documentada antibioterapia prévia, sendo os betalactâmicos os mais implicados. Recorrência documentada em 35 ocasiões (13,5%). A incidência anual média evoluiu em declínio (18,8/1000 em 2010 vs. 4,6/1000 em 2015). Comparando com estudo prévio, constatamos demografia semelhante, diminuição da infeção em meio hospitalar (94 vs. 80,3%), do número médio de antibióticos (3,1 vs. 1,5), da incidência anual média (8,7 vs. 7.1/1000) e da mortalidade (30 vs. 18,9%). Conclusões: Tal como documentado em estudos recentes, verificou-se um aumento dos casos adquiridos na comunidade. Após número preocupante de casos no início da década, observou-se um declínio da incidência anual e da mortalidade, opondo-se aos resultados apresentados no estudo de 2004-2009.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30 — **AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA**

MODERADORES: **HELENA SARMENTO**
ANDRIY BAL

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-40-01

MENINGITE BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE – 4 ANOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Cátia Barreiros, Duarte Silva, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: O Streptococcus pneumoniae (SP) é o principal agente etiológico da meningite bacteriana (M). Esta infeção ocorre em todas as faixas etárias, especialmente em crianças, adultos com doenças subjacentes ou distúrbios imunológicos e idosos. Objetivos: Caracterização dos doentes (d) com diagnóstico de M a SP, internados num serviço de medicina interna, no período de 1/1/2012 a 29/02/2016. Material e métodos: Analisados retrospetivamente 124 processos de d com isolamento documentado de SP em hemoculturas (HC), cultura de liquor (LCR) ou antigénios capsulares. Selecionados os d com diagnóstico confirmado de M. Resultados: Obtidos 12 d, dos quais 11 do sexo feminino (91,7%), com idade média de 58,58 anos (desvio padrão de 20,74), mínimo de 32 e máximo de 88 anos. Manifestações mais prevalentes: febre (91,7%), cefaleias (83,3%) e náuseas/ vómitos (66,7%). O sinal de rigidez da nuca estava presente em 9 d (75%). Fatores de risco observados: otite média aguda/otomastoidite (25%), esplenectomia (16,7%) e traumatismo crânio-encefálico (8,4%). Não esclarecida vacinação prévia em 9 d; os 3 restantes não estavam imunizados. Valor médio de leucócitos no LCR de 2571,6mm^3, com proteínas de 600,54mg/dl e glicose de 8mg/dl (em 83,3% dos casos, o valor era <5mg/dl). Em todos os d a pesquisa de antigénio do SP no LCR foi positiva, com isolamento deste espécime em 11 d (91,7%) e em HC em 9 (75%). O SP era resistente à penicilina num d. Antibioterapia instituída em todos os casos: ceftriaxone; associada vancomicina em 6 d. Corticoterapia administrada em 11 d (91,7%). Complicações mais frequentes: hipoacusia (33,3%) e diplopia (16,6%). A taxa de mortalidade foi de 25%. Prescrita/recomendada a vacina anti-pneumocócica em 5 de 9 d vivos (41,7%). Conclusão: Apesar da terapêutica antibiótica eficaz, a taxa de mortalidade permanece elevada. Salienta-se a pouca preocupação dos profissionais em inquirir sobre vacinação antipneumocócica e em assegurar ou indicar a vacinação posterior.

CO-40-02

RICKETTSIOSE, UMA ZOONOSE A CONSIDERAR – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

António Ferreira, Alexandra Esteves, Edite Marques Mendes, Luís Pontes, Joana Alves, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

Introdução: A febre escaro-nodular ou rickettsiose por Ricketsia conorii é uma zoonose transmitida por picada de carraça, frequente em áreas rurais. O diagnóstico é sugerido por um contexto epidemiológico com picada de carraça, frequentemente tache noire, febre e eritema com envolvimento palmar e plantar. Objetivos: Avaliação do número de doentes com diagnóstico de Rickettsiose num internamento de Medicina e sua caracterização. Material e Métodos: Pesquisa e revisão de processo de doentes com diagnóstico de infeção por Rickettsia com internamento hospitalar entre 2007 e 2015. A análise dos dados foi efetuada com o programa SPSS v23. Resultados: Identificados 41 diagnósticos de infeção por Rickettsia. Idade média de 64,29 anos e distribuição por sexo masculino/feminino de 41,5 e 58,5%, respetivamente. 23 (56,1%) doentes referiram contexto epidemiológico, 11 doentes (26,8%) apresentaram picada de artrópode e 16 Tache Noire (39%). A maioria das infeções (75,6%) ocorreram entre os meses de Julho e Outubro. 3 doentes apresentaram-se em choque séptico e 14 com sepsis com disfunção de órgão. As manifestações clínicas foram: febre (100%), eritema generalizado (92,7%) incluindo mãos e pés (80,5%), astenia/mialgias (82,9%), cefaleia (29,3%), sintomas gastro-intestinais (48,8%), insuficiência renal (34,1%), rabdomiólise (12,2%), hepatite (46,3%), trombocitopenia (46,3%) e adenopatias (2,4%). Em 38 doentes foi solicitada serologia ou PCR, com positividade em 39% dos casos. O tempo até resolução da sintomatologia variou de 2 a 30 dias e ocorreu um óbito. Discussão/Conclusão: Apesar da pequena amostra desta revisão, estima-se uma prevalência elevada desta doença atendendo a que a maioria das infeções por este agente são tratadas em ambulatório, reservando-se o internamento para casos graves. As manifestações encontradas foram sobreponíveis aos dados disponíveis na literatura. O tratamento estipulado com doxiciclina é de 5-7 dias, tendo-se verificado tratamentos mais longos.

CO-40-03

DOIS CASOS DE PATOLOGIA INFECCIOSA RARA NA GRÁVIDA – VARICELA COMPLICADA DE PNEUMONIA E HIDATIDOSE HEPÁTICA E PERITONEAL

Ana Rita Sanches, Pedro Correia, Rosa Sá, Isabel Ramos, Saraiva da Cunha
SERVIÇO DE MEDICINA 5 - CHMT, SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS - CHUC

A varicela é uma doença comum na infância, provocada pelo vírus Varicella zoster. Na grávida é uma infecção grave pelo risco de pneumonia e de varicela congénita do recém-nascido (no final da gravidez). A hidatidose é uma zoonose parasitária cujo agente é Echinococcus granulosus. Caracteriza-se pela presença de quistos líquidos contendo as larvas do parasita. A associação com a gravidez é rara. Existe risco de rotura, parto pré-termo, choque séptico e embolização venosa. Caso 1: Mulher de 20 anos, 37 semanas de gestação (SG) (G2P1) admitida entubada e ventilada mecanicamente (VM) por insuficiência respiratória grave. Quadro de varicela (grande densidade de lesões cutâneas, com 2 dias de evolução) complicada de pneumonia. Após reunião multidisciplinar (RMD) foi ponderado risco/benefício de indução do parto tendo este sido protelado por risco de varicela peri-natal e elevadas taxas de mortalidade fetal. Foi admitida no S. de Medicina Intensiva, iniciou aciclovir 750mg ev tid. Esteve VM 3 dias e foi transferida. Evoluiu favoravelmente, tendo tido alta para o domicílio. O parto ocorreu às 40s, recém-nascido com 3014g. Caso 2: Mulher de 24 anos, 10 SG, (G1P0), admitida para estudo de hidatidose peritoneal diagnosticada em laparoscopia exploradora e confirmada histologicamente. Referência a dores abdominais esporádicas tipo “moinha”. Anticorpos para hidatidose positivo IFI 1:320, western blot positivo. Após discussão em RMD foi decidido aguardar pelo 2º trimestre para a realização de

RM abdominal e não iniciar antiparasitários pelo risco de toxicidade fetal. A doente teve alta para o domicílio com consulta semanal de Obstetrícia. A RM revelou atingimento hepático. Optou-se por conduta expetante. Encontra-se na 23ª SG. Os autores apresentam os casos pela sua raridade. Ressaltam a importância da abordagem multidisciplinar e seguimento apertado para garantir a melhor prestação de cuidados, para mãe e feto.

CO-40-04

UM CASO DE EOSINOFILIA E MASSAS INTRA-HEPÁTICAS

João Serôdio, Raquel Maia, Catarina Favas
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, MEDICINA IV

Introdução: A fasciolíase é uma parasitose humana com distribuição mundial, provocada pela Fasciola hepática e Fasciola gigântica. Os reservatórios são animais de gado e o hospedeiro intermediário é um caracol de água doce. A infeção dá-se através da ingestão de metacercárias presentes na água ou em plantas aquáticas. Apesar da elevada prevalência em Portugal, o seu diagnóstico é raro. Caso clínico: Homem, 76 anos, com viagem prévia a Cabo Verde e internamento recente por pneumonia e descompensação de doença pulmonar obstrutiva crónica. Analiticamente, eosinofilia> 1500 células/campo e elevação das transaminases 2-3 vezes o valor normal; TC abdominal com massas intra-hepáticas, a maior com 6 cm, sugestivas de neoplasia da via biliar intra-hepática. Realizou 2 biopsias hepáticas, ambas com presença de infiltrado inflamatório linfocítico, com eosinófilos e sem neoplasia. Admitido colangiocarcinoma intra-hepático e eosinofilia paraneoplásica. Teve alta para a consulta de oncologia. Internado no nosso serviço um mês depois por dispneia, pieira e eosinofilia grave (20 200 células/campo). Apurou-se consumo frequente de sumo de agriões frescos. Repetiu TC abdominal que mostrou coleções hídricas com dimensões semelhantes mas morfologias diferentes. O estudo complementar foi negativo para a presença de ovos e quistos parasitários nas fezes, RAST Aspergillus, serologias de vírus hepatotrópicos, ANA e ANCA´s; o CA 19.9 era normal. A serologia para fascíola foi fortemente positiva. Admitiu-se o diagnóstico de fasciolíase hepática. O doente foi tratado com triclabendazol, com resolução da eosinofilia e redução progressiva das lesões hepáticas. Este caso ilustra uma parasitose endémica em Portugal e frequentemente negligenciada no diagnóstico diferencial de massas hepáticas. A história epidemiológica é fundamental. A ausência de material biológico do helmínta não permitiu o diagnóstico etiológico entre F hepática (endémica em Portugal) e F gigantica (endémica em Cabo Verde).

CO-40-05

GRIPE - A REALIDADE DO NOSSO HOSPITAL

Marta Custódio, Catarina Abrantes, Inês Rossio, Anabela Marques, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS - DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Introdução: O vírus da Gripe (Influenza A e B) surge por surtos sazonais e está associado a quadros clínicos extremamente variados, desde uma constipação não febril, sem necessidade de internamento a uma pneumonia grave, com necessidade de ventilação invasiva (VMI) e associada a elevada taxa de morbimortalidade. Objetivos: Caracterizar os casos de Gripe identificados no nosso Hospital. Métodos: Estudo retrospetivo dos doentes infectados por vírus Influenza durante um período de 2 anos (2014-2016). A infeção foi confirmada pela identificação de RNA viral por zaragatoa nas secreções nasofaríngeas. A análise estatística foi efetuada utilizando o software SPSS 21®. Resultados: Durante 2 anos, 113 doentes realizaram o teste para identificação de Influenza do tipo A e B, sendo 22% positivos para o tipo A (76% positivos para o subtipo H1N1) e nenhum para tipo B. A idade média dos doentes infetados foi de 64 anos e não se observou diferença entre géneros. Em 92% dos casos existia pelo menos um fator de risco (FR) associado, sendo a idade superior a 50 anos e antecedentes de doença pulmonar crónica os FR mais comumente verificados. A tosse produtiva foi o sintoma de apresentação mais frequente, seguido de dispneia e febre. Todos os doentes que realizaram o teste foram internados, sendo 88% admitidos em UCI (86,4% dos quais com infeção H1N1) e destes, 59% necessitaram de VMI. A duração média de internamento foi de 13 dias. Apesar de todos os doentes terem cumprido terapêutica com Olseltamivir, observou-se uma mortalidade de 20% (tendo 80% H1N1). Dos que sobreviveram, 64% tiveram alta e 16% estão ainda internados. Conclusões: A Gripe continua a ser um problema clínico atual e de gravidade considerável, tendo cerca de 60% dos doentes internados necessidade de VMI. Deste modo, a identificação precoce desta doença e vigilância apertada, nomeadamente em doentes com fatores de risco, deve ser considerada.

CO-40-06

O TRATAMENTO DE MALÁRIA EM ÁREA NÃO-ENDÉMICA, UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

João Serôdio, Raquel Maia, Catarina Favas
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, MEDICINA IV

Actualmente, a organização mundial de saúde (OMS) recomenda os derivados da artemisina na primeira linha do tratamento de malária. No entanto, não existe muita experiência na utilização destes fármacos em áreas não-endémicos. O objectivo deste estudo foi caracterizar a experiência de um serviço de medicina português no tratamento de malária. Neste estudo retrospectivo foram revistos os processos clínicos dos internamentos com o diagnóstico de malária entre 2009 e 2015. A população foi caracterizada quanto a variáveis demográficas, epidemiológicas e de gravidade de doença de acordo com os critérios da OMS. Foram avaliados o tratamento realizado, as intercorrências e tempo de hospitalização. Foram incluídos 29 doentes com média de idades de 47,1±14,8 anos internados com o parasitémia positiva para malária e com hemoglobina média de 9,9±2,2 g/dL, plaquetas 95±91 x10^9/L, creatinina 1,61±1,52 mg/dL, bilirrubina 2,01±2,18 mg/dL. A maioria tinha regressado recentemente de Angola (55%) e da Guiné-Bissau (31%). Quatro doentes tiveram necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI): 2 por malária cerebral, 1 por lesão renal aguda com necessidade de diálise e 1 por pneumonia nosocomial hipoxemiante. Dos doentes sem necessidade de UCI, 5 foram tratados com arteméter e lumefantrina, 17 fizeram terapêutica baseada no quinino e 3 iniciaram quinino mas completaram tratamento com artemeter e lumefantrina. A duração do internamento dos doentes que apenas fizeram derivado das artemisinas foi significativamente inferior comparando com o sub-grupo dos doentes tratados apenas com quinino e doxiciclina (4,0±0,7 vs. 6,0±2,2 dias, valor p = 0,03). No total, 5 doentes tiveram toxicidade documentada ao quinino, não houve toxicidade associada ao arteméter-lumefantrina. A nossa experiência favorece a utilização de derivados da artemisina no tratamento de malária em países não-endémicos, pois parece ser bem tolerada e estar associada a menor duração do internamento.

SÁBADO - 28 - 08H00	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 6
MODERADORES:	LUISA GUERREIRO LUIS COSTA MATOS

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO-41-01

SÍNDROMA INVASIVA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE DO CLONE HIPER VIRULENTO ST23

Tiago Osório Petrucci, Aida Pereira, Maria João Simões
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1B

INTRODUÇÃO A síndroma invasiva por Klebsiella pneumoniae, descrita pela primeira vez em 1986, em Taiwan, é caracterizada por uma infecção primária, adquirida na comunidade, que cursa com abcessos hepáticos piogénicos e complicações extra-hepáticas que podem ou não estar presentes. Nas últimas duas décadas, o número de casos reportados tem vindo a aumentar significativamente em vários países da Ásia, conferindo a esta entidade um carácter emergente e global. OBJECTIVOS/MÉTODOS No presente trabalho, os autores apresentam o caso de uma doente portuguesa, sem antecedentes pessoais ou epidemiológicos relevantes, à qual foi diagnosticada uma síndrome

invasiva infecciosa por Klebsiella pneumoniae, caracterizada por abcesso hepático piogénico e pneumonia complicada de derrame pleural. O diagnóstico do abcesso foi feito ecografia e tomografia computorizada. Procedeu-se punção aspirativa eco-guiada do abcesso hepático com saída de material purulento muito espesso, impossibilitando a colocação de drenagem eficaz. Na cultura do pus isolou-se Klebsiella pneumoniae sem padrão de multirresistência, sensível à terapêutica com ceftriaxone mas com características macroscópicas de hipermucoviscosidade, tendo-se procedido à análise genética no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). RESULTADOS/CONCLUSÕES No caso clínico apresentado, a caracterização genética das colónias de k. pneumoniae isoladas no pus, revelou que a mesma pertence à sequência-tipo ST 23, com provável serotipo capsular K1. Assim, estamos perante um caso clínico de Síndrome invasiva por k. pneumoniae, com provável ponto de partida intestinal, na qual a translocação bacteriana originou a formação de abcesso hepático e, consequentemente, disseminação séptica pulmonar com formação de pneumonia complicada por derrame pleural.

CO-41-02

CANDIDEMIAS NUM HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDO RETROSPETIVO ENTRE 2012-2014

Ana Patricia Pereira, Pedro Beirão, Catarina Guerra, José Diogo, Margarida Coelho
HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Introdução: A infeção hematogenea por estirpes de Candida spp (C.) está associada ao progresso de procedimentos médicos, condicionando elevadas taxas de mortalidade. O tratamento empírico determina muitas vezes o prognóstico. A escolha do antifúngico deve ser individualizada e basear-se na epidemiologia e padrões de susceptibilidade locais. Objetivo: Caracterização dos fatores de risco associados aos casos de candidemia observados entre 2012 e 2014 e das respetivas estirpes. Métodos: Estudo observacional retrospetivo dos casos de candidemia em adultos, num hospital de agudos, entre 2012 e 2014. Analisaram-se dados demográficos, clínicos e laboratoriais com Excell 2013. Resultados: Incluiram-se 65 doentes com idade média de 65 anos, dos quais 64.6% homens; 26.2% tinham neoplasia de órgãos sólidos e 16.9% diabetes mellitus; 52.3% estiveram internados em unidades de cuidados intensivos; 93% foram submetidos a procedimentos invasivos: cateterização venosa central e entubação orotraqueal em >70% e cirurgia abdominal em 33.8%. Em 78.5% foi efetuado pelo ≥1 ciclo de antibioterapia de largo espectro. Isolaram-se 67 estirpes de C.: 64.2% C. albicans, 14.9% C. parapsilosis, 11.9% C. tropicalis, 4.5% C. glabrata e 4.5% C. krusei. Atendendo às estirpes isoladas e perfil de suscetibilidade, identificou-se 4.5% de resistência ao fluconazol. A demora média de internamento foi 47 dias, com uma taxa de mortalidade de 68%. Conclusões: Salienta-se o predomínio de C albicans. Uma baixa prevalência de resistência ao fluconazol, sugerindo que este fármaco possa ser adequado ao tratamento empírico de candidemias, sobretudo em casos de estabilidade clínica. De acordo com a literatura, nesta amostra destacam-se os seguintes fatores de risco: presença de dispositivos invasivos, cirurgia abdominal, antibioterapia de largo espectro e estados de imunossupressão.

CO-41-03

SÓ À TERCEIRA A FEBRE FOI DE VEZ (MÚLTIPLAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM PACIENTE INFECTADO PELO VIH)

Natália Silva, Maria Brandão, Renata Silva, Fernando Guimarães do Serviço de Medicina Interna. Hospital Vila Real. CHTMAD.
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, HOSPITAL VILA REAL

Introdução: A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) continua a ser muitas vezes detetada em fase avançada da doença, com apresentação clínica sob a forma de infeção oportunista. Não é raro o reconhecimento de múltiplas infeções oportunistas no mesmo paciente. Caso clínico: Um homem de 39 anos com oligofrenia e surdez foi referenciado à consulta por infeção pelo VIH tipo 1 no contexto de promiscuidade sexual. Referia tosse seca, astenia, perda ponderal, febre de baixo grau e diarreia ocasional. Ao exame, destaque para febrícula, discretas crepitações bilaterais à auscultação pulmonar e ponta de baço à palpação do abdómen. A contagem de linfócitos T CD4+ era 8/mm3; o RX Tórax e a TAC torácica eram compatíveis com pneumonia por Pneumocystis jiroveci i (PPj),confirmada por lavado broncoalveolar. Admitido ao internamento, iniciou cotrimoxazol e, dada a gravidade da imunodepressão, pouco depois terapêutica antirretrovírica, com raltegravir e emtricitabina + tenofovir. A febre persistiu, com picos elevados, tendo-se identificado nos 4 frascos de hemoculturas Salmonella spp. Adicionada ciprofloxacina, que foi substituída por ceftriaxone, dada a elevação progressiva de toda a enzimologia hepática e das bilirrubinas. Manteve febre alta e acentuou-se uma leve tendência pancitopénica, o que levou à suspeita de leishmaníase visceral (LV), a qual foi confirmada pela presença de amastigotas no mielograma. Com o início de anfotericina lipossómica teve rápida e gradual melhoria clínica e laboratorial e imagiológica (persistindo apenas ligeira leucopenia). Na mais recente avaliação, CD4+ 165/mm3 e carga vírica do VIH-RNA < 20 cópias/ml. Conclusão: Os autores apresentam este caso por constituir um exemplo invulgar de síndroma febril em doente com infeção avançada pelo VIH, que levou à sucessão de diagnósticos de PPj, septicemia por salmonela, e, finalmente, LV (kala-azar). Reforçam a necessidade do maior esforço no diagnóstico mais precoce da infeção pelo VIH.

CO-41-04

ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DO TEMPO DE ANTIBIOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Renato Guerreiro, Afonso Félix-Oliveira, Francisca Miranda, José Pereira, Carla Lopes, Patrícia Cavaco, Erica Viegas, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III, H.S. FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A resistência à terapêutica antibiótica em Portugal é um problema premente. Em 30% das infeções por Escherichia coli, esta é resistente às quinolonas, superior aos 5% noutros países europeus. A Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu uma Norma de Orientação Clínica (NOC) que determina o tempo de antibioterapia para determinadas patologias infeciosas, tendo em vista a redução da emergência de resistências. Objectivo: Comparar o tempo de antibioterapia realizado num Serviço de Medicina de um Hospital Central no ano de 2015, com o recomendado nas NOC para cada patologia. Métodos: Todos os doentes internados no ano de 2015 com um curso de antibioterapia cumprido foram incluídos. Considerou-se apenas o tempo de antibioterapia intra-hospitalar. Comparou-se, por grupo diagnóstico, o tempo de antibioterapia cumprido com o tempo recomendado na NOC. Resultados: Num total de 743 doentes internados, foram incluídos 437, 62% mulheres, idade média 79 anos (+- 12). O número médio de antibióticos por doente foi 2,3 (+- 1,2) e a média de internamento 14 dias (+- 13). Amoxicilina/Clavulanato foi o antibiótico mais utilizado (59%). A mortalidade intra-hospitalar situou-se nos 16% (70 doentes). Dos doentes em que o diagnóstico principal foi uma das patologias infeciosas estudadas (196 doentes - 44,9%), excetuando a prostatite aguda, o tempo médio de antibiótico foi superior ao recomendado pela DGS. O grupo com maior desvio na duração da antibioterapia foram as infeções respiratórias (58,2%), a duração média foi superior em 3,5 dias, e nas infeções cutâneas (1,5%) a diferença foi superior a 8 dias. As com menor desvio foram a sépsis e a infeção urinária (menos de 1 dia). Conclusão: O tempo médio de terapêutica no internamento excedeu o recomendado pelas NOC na maioria das situações clínicas, sobretudo nas infeções respiratórias, o grupo mais frequente. Existe grande potencial de melhoria nesta área assistencial, a merecer cumprimento rigoroso de protocolos dirigidos.

CO-41-05

CASUÍSTICA DE PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS JIROVECII EM DOENTES SEM INFECÇÃO POR VIH

Bernardo Neves, André Rosa Alexandre, Anabela Raimundo, Luís Duarte Costa, Cátia Piedade, Alexandra Bayão-Horta, João Sá
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL DA LUZ | LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DA LUZ

INTRODUÇÃO: A pneumonia a Pneumocystis jirovecii (PPJ) está associada a estados de imunossupressão sendo bem conhecida a sua associação com infecção por VIH. A crescente utilização de terapêuticas imunossupressoras com interferência na imunidade celular tem levado ao aumento da incidência desta infecção noutros grupos de doentes, sendo importante o seu reconhecimento. OBJETIVO E MÉTODOS: Revisão dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital terciário entre 2010 e 2015, com caracterização dos doentes com PPJ sem VIH. RESULTADOS: Foram identificados 8 doentes, dos quais 7 homens, com idade mediana de 66 anos. Identificaram-se como fatores de risco para PPJ: neoplasia hematológica (3) ou de órgão sólido (3) sob quimioterapia, corticoterapia (2) e neoplasia de órgão sólido sem terapêutica (1). Nenhum doente se encontrava sob profilaxia. Havia doença estrutural pulmonar pré-existente em 38% dos casos. Os sintomas mais frequentes foram febre (88%), tosse seca (63%) e dispneia (63%). Todos os doentes tinham hipoxémia e elevação do valor de LDH à admissão. Os principais achados radiológicos foram: infiltrado intersticial bilateral (38%) e infiltrado alvéolo-intersticial bilateral (25%). O diagnóstico foi feito por pesquisa de antigénio por imunofluorescência no lavado bronco-alveolar em todos os casos. O tempo médio em internamento até diagnóstico foi de 6,1 dias e a demora média de internamento 24,5 dias. Houve necessidade de admissão em Cuidados Intensivos em 50% e de ventilação mecânica em 38% dos doentes. A mortalidade intra-hospitalar foi de 25%. CONCLUSÕES: Chama-se a atenção para a necessidade do reconhecimento de PPJ em doentes com outras formas de imunodepressão que não a infecção por VIH, pelo mau prognóstico e elevados custos de saúde associados. O seu diagnóstico deverá ser equacionado na presença de insuficiência respiratória, febre, tosse seca e um padrão radiológico de infiltrado intersticial bilateral.

CO-41-06

FEBRE ESCARO NODULAR – CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Vera L Gomes, Marina Boticário, Andreia Araújo, Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Catarina Faria, Mª Filomena Roque
SERVIÇO DE MEDICINA III-B, HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE

INTRODUÇÃO: A febre escaro-nodular (FE) é transmitida ao homem pela picada de carraça infetada com rickettsia conorii. Associa-se à tríade clássica: febre alta, exantema maculopapular palmoplantar e tache noire (porta de entrada). OBJETIVOS: Estudo retrospetivo de 83 doentes internados com diagnóstico de FE de 2009 a 2014. MATERIAL E MÉTODOS: Pela consulta dos processos clínicos eletrónicos. Avaliadas características demográficas, motivo de admissão, antecedentes, complicações, estudo analítico, terapêutica efetuada e referenciação. Tratamento estatístico com SPSS v23. RESULTADOS: O diagnóstico foi mais frequente em 2010 (23%) e 2013 (23%). Predominou em meio rural (75%), evidenciando sazonalidade para os meses Agosto (29%), Julho (23%) e Setembro (14,5%). Com idade média de 57 anos (15-91 anos) 54,2% eram mulheres. Apurada a profissão em 25,3% (4,8% agricultor, 4,8% reformado e 3,6% dona de casa). A duração média de internamento foi 7,7 dias (2-21 dias). As manifestações mais comuns: febre (88%), mioartralgias (86%) e náuseas/ vómitos (44%). Exantema maculopapular patente em 71%, com envolvimento palmoplantar em 39%. E tache noire em 41%, mais comum no membro inferior (26,5%) e região infraumbilical (18%). A lesão renal aguda (LRA, 18,6%) e a pneumonia (11,6%) foram as complicações mais comuns. A salientar: 1 caso de encefalite; 3 internamentos em Cuidados Intensivos por LRA (2 por choque séptico, 1 necessitou de suporte ventilatório). Associados a citocolestase hepática e a PCR elevada denotou-se padrões analíticos de: hiponatremia (31%), trombocitopenia (42%), leucopenia (25%) e LRA (28%). Feita terapia com doxiciclina em 95%. Pedida serologia rickettsia em 82% (positiva em 14,5%). Foram referenciados à Consulta 74% (46% a Medicina e 28% ao Centro de Saúde). CONCLUSÕES: Zoonose endémica frequentemente benigna, pode ser inicialmente inespecífica em termos clínicos. O atraso no diagnóstico pode acoplar-se à progressão de complicações graves e a um desfecho fatal.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30	ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3
MODERADORES:	PAULA FELGUEIRAS MARIA DO CÉU ROCHA

MEDICINA GERIÁTRICA

CO-42-01

OUTCOMES CLÍNICOS NO DOENTE IDOSO – PARA ALÉM DA IDADE

Sara Brandão Machado, Rui Marques, Paulo Pina, Ana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU

Os idosos são responsáveis pela maioria dos internamentos hospitalares, consomem muitos recursos de saúde e têm maus resultados clínicos. A avaliação funcional do idoso dá informações psicossociais e clínicas relevantes. Em 2013, o Serviço de Medicina Interna (SMI) criou uma ferramenta de caraterização do doente idoso (AVD-DezIs), consistindo em itens sobre atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais e Avaliação DezIs (depressão, instabilidade, imobilidade, incontinência, inanição, insónia, insegurança, isolamento, insuficiência financeira e iatrogenia), com score máximo de funcionalidade de 100. Objetivo: Relacionar os resultados clínicos com o índice AVD-DezIs. Métodos: Estudo prospetivo, incluindo doentes idosos internados no SMI, de setembro 2014 a setembro 2015. O AVD-DezIs foi usado para estadiamento funcional, os dados foram analisados pelo SPSS® v22.0 e aceite um nível de significância de 0,05. Resultados: Foram avaliados 2099 internamentos, 1/3 dos doentes tinha idade ≥85 anos e 56,6% eram mulheres. Ao aumento da idade correspondeu uma diminuição da funcionalidade (72 abaixo dos 74 anos, 59,5 entre os 75 e 84 anos, e 49 acima dos 84 anos). O tempo de internamento não foi significativamente influenciado idade (p=0,852), nem pelo grau de disfunção global (p=0,174). As mortalidades intra-hospitalar (14,5%) e aos 30 dias após a alta (5,2%), foram influenciadas pela idade, maior dependência nas atividades básicas e instrumentais, e maior pontuação DezIs (p<0,001). No mês após a alta, 31,9% doentes recorreram ao serviço de urgência. Nos 47,5% que foram reinternados, a idade não foi determinante (p=0,455), ao contrário da disfuncionalidade nas atividades básicas e instrumentais e na avaliação DezIs (p<0,001). Conclusões: Nos idosos internados no SMI, ao contrário da demora média, as mortalidades intra e extra-hospitalar precoce relacionam-se com a idade e estado funcional. Os reinternamentos são apenas influenciados pelo grau de disfuncionalidade.

CO-42-02

IMPACTO DA TERAPÊUTICA DE AMBULATÓRIO NA MORBI-MORTALIDADE DOS IDOSOS NO INTERNAMENTO

Sara Almeida Ramalho, Ana Isabel Tomé, Pedro Correia Azevedo, João Namora, Aurora Tomaz
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA I

Introdução: A polimedicação é uma característica dos idosos, tornando este grupo suscetível a efeitos secundários e interações medicamentosas. Existem critérios como os de STOPP/START de forma a auxiliar a gestão da tabela terapêutica do doente. Objetivo: Avaliar o impacto da terapêutica de ambulatório na morbi-mortalidade de idosos internados. Métodos: Estudo retrospetivo de doentes internados, com 95 ou mais anos, entre Janeiro de 2013 e Agosto de 2014. Seguimento da mortalidade até 1 de Setembro de 2015. Consulta das cartas de alta do internamento e do Registo Nacional de Utentes. Análise estatística usando o SPSS®. Resultados: Amostra de 182

doentes, maioritariamente do sexo feminino (68,1%). Verificou-se uma taxa de mortalidade de 30,2% durante o internamento e de 78% à data de realização do estudo. À entrada no internamento apenas 62,4% dos doentes fazia 6 ou menos fármacos. Os fármacos mais usados em ambulatório eram: furosemida, benzodiazepinas (BZD), ácido acetilsalicílico e inibidores da bomba de protões (IBP). Aplicando o STOPP/START, muitos fármacos não se encontravam adequados. Não houve diminuição estatisticamente significativa da sobrevivência nos doentes que tomavam BZD, antipsicóticos ou IBP assim como não se verificou o inverso com toma fármacos indicados como modificadores da sobrevida em determinadas patologias. O número de fármacos ou a sua alteração à data de alta também não influenciou a sobrevivência. Os doentes institucionalizados estavam mais frequentemente medicados com antipsicóticos (p<0,05). As complicações mais frequentes foram os distúrbios hidroelectrolíticos, embora não se tenha encontrado relação com a toma de fármacos. Conclusão: Algumas recomendações internacionais não são cumpridas quanto à escolha de fármacos no doente idoso. Os fármacos estudados não demonstraram ter impacto na sobrevivência dos doentes, podendo tal ser devido à diminuta amostra. Amostras maiores e estudos aplicados a idosos deverão ser consideradas no futuro.

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30 — **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 3**

MODERADORES: **PAULA FELGUEIRAS**, **MARIA DO CÉU ROCHA**

CUIDADOS PALIATIVOS

CO-42-03

CUIDADOS PALIATIVOS - UMA REALIDADE CADA VEZ MAIS PRESENTE EM HOSPITAIS DE AGUDOS

Lúcia Guedes, Yolanda Martins, Luís Pedro Tavares
CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA, UNIDADE DE SANTA MARIA DA FEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Os Cuidados Paliativos são uma necessidade crescente na sociedade actual, pelo aumento da esperança média de vida e prevalência de doenças crónicas e neoplasias. Objectivos: Identificar as características/necessidades da população de doentes oncológicos em fase paliativa e avaliar a capacidade de resposta da rede de apoio a estes doentes. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico que incluiu os doentes oncológicos paliativos internados num Serviço de Medicina Interna de 2013 a 2015. Resultados: Foram incluídos 198 doentes (7.15% dos doentes internados), 52.5% do sexo feminino, com idade média de 74.6 anos e duração média de internamento de 14.9 dias (mínimo < 24h e máximo de 93 dias). A maioria dos doentes tinha neoplasia de órgão sólido (89.4%), 72.2% com doença metastizada, sendo a neoplasia do colon (15.6%) e mama (13.6%) as mais frequentes. Os motivos de internamento mais comuns foram infecção (19.2%) e controlo sintomático (10.6%). A dor foi o sintoma de maior destaque (137 doentes) dos quais 96.4% com necessidade de uso de opióides. Mais de metade dos doentes (59.1%) teve registo de infecção e 92.3% iniciaram antibioterapia, apenas 38.5% com agente identificado. 92.9% dos doentes vivia no domicílio e os restantes em lares/unidades, 55% eram considerados parcial ou totalmente dependentes e 87.2% destes vivia no domicílio com apoio. 27 doentes apresentavam dispositivos tais como sonda naso-gástrica, algalia ou colostomia, sendo 19 dependentes e apenas 5 não viviam no domicilio. Registaram-se 121 óbitos (61.1%) e 8 doentes tiveram alta para integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados. Conclusão: Os doentes oncológicos paliativos apresentam elevada taxa de mortalidade em hospital de agudos, sendo muitos deles internados para controlo sintomático e a maioria destes doentes, apesar de dependente, reside previamente no domicílio, o que aponta para necessidade de maior resposta das unidades/equipas de apoio a estes doentes.

CO-42-04

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS NUMA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Patrícia Afonso Mendes, Sara Amaral, Diana Ferreira, Rita Nogueira, Pedro Lopes, Hugo Clemente, João Fonseca, João Gomes, Diana Oliveira, David Donaire, Rogério Ferreira, Rui Pina, Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) visam o acompanhamento holístico do doente em fim de vida com o propósito de melhorar a sua qualidade de vida e dos seus familiares e/ou cuidadores. Objetivos: Avaliar os sintomas mais prevalentes numa consulta de CP (CE-CP) e o impato da intervenção multidisciplinar no controlo sintomático. Métodos: Estudo coorte, observacional, longitudinal e retrospetivo. A amostra inclui todos os doentes observados na CE-CP no 2º semestre de 2015. Colheita de dados a partir dos processos clínicos. Análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao programa SPSS® v20.0 (p<0,05). Resultados: A amostra incluiu 64 doentes, idade média de 75,72(±10,3) anos, 51,6% homens. O número médio de consultas foi de 2,09(±1,4), sendo que 20 doentes tiveram apenas uma consulta. Na primeira consulta verificou-se uma média de 2,23(±1,3) sintomas por doente e nas consultas subsequentes uma média de 1,50(±1,6) sintomas (p0,004). Os sintomas mais prevalentes na primeira consulta foram dor (53,1%), fadiga (43,8%), anorexia (35,9%), humor depressivo (humorDep) (28,1%) e alteração do padrão de sono (altSono) (25,0%); enquanto nas consultas subsequentes foram dor (38,6%), fadiga (29,5%), anorexia (22,7%), altSono (22,7%) e humorDep (11,4%). Em 45,5% dos doentes houve uma redução do número de sintomas, mantendo-se inalterado em 27,3% dos mesmos. Foram estatisticamente significativas as reduções dos sintomas vómitos (p0,04), ansiedade (p0,04) e humorDep (p0,02). Verificou-se ainda relação estatisticamente significativa entre fadiga e anorexia (p0,001), altSono e humorDep (p0,003) e ansiedade e dispneia (p0,001). Conclusão: O acompanhamento pela equipa multidisciplinar de CP permitiu uma redução significativa nos sintomas de uma forma geral, com maior expressão sobretudo em sintomas de cariz mais emocional (ansiedade e humorDep), demonstrando o impato desta intervenção na capacidade de coping dos doentes com a adversidade da doença e inevitabilidade da morte.

CO-42-05

CUIDADOS PALIATIVOS: PARA ALÉM DA ONCOLOGIA

Filipa Ferreira, Ana João Pissarra, Joana Graça, Mariana Malheiro, Ana Lynce, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - UNIDADE FUNCIONAL IV, HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) centram-se na melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos familiares, em doenças que ameaçam a vida. Inicialmente criados para doentes oncológicos (DO), os estudos demonstram que o seu benefício também se aplica a doentes não oncológicos (DNO). Objectivo: Comparar as diferenças entre os doentes referenciados para a equipa intra-hospitalar de CP (ECP) e os doentes que beneficiariam de CP, e as diferenças em relação a DO e DNO. Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes observados pela ECP no ano de 2015. Foi ainda efectuado um estudo transversal dos doentes internados no serviço de medicina, num único dia, para identificar os que tinham critérios para referenciação para CP (Gold Standards Framework). Resultados: No ano de 2015 estiveram internados 19878 doentes, dos quais 325 (1,63%) foram observados pela ECP. Destes últimos, 85% eram DO. No serviço de Medicina, foram observados pela ECP 86 doentes, dos quais apenas 24% eram DNO. A média de dias até ser pedida colaboração de CP foi de 6,29 e 10,80 para DO e DNO, respectivamente. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 41% em DO e 52% em DNO. Dos doentes que faleceram após a alta, a sobrevida média foi de 38,39 dias em DO e 34,82 dias em DNO. Num dia aleatório, estavam internados 94 doentes no serviço de medicina, dos quais 19 tinham critérios para referenciação para CP. 74% destes foi por DNO. Dos doentes com critérios, 2 já tinham sido referenciados para CP, ambos por DO. A principal

razão apontada para não referenciar foi ser considerado não haver benefício. Quando colocada a Surprise Question aos médicos dos doentes com critérios, em 100% dos casos não ficariam surpreendidos se falecessem dentro de 1 ano. Discussão: Os resultados mostram-nos que, apesar de existir um elevado número de DNO que poderiam beneficiar de CP, apenas uma minoria é referenciada para ECP e quando é feito, ocorre numa fase tardia.

CO-42-06

A MORTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Teresa Salero, Júlia Arede, Margarida Carrancha, Cristina Teixeira Pinto
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - UNIDADE DE FARO; SERVIÇO MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: As alterações sócio-demográficas nos últimos anos aumentaram o número de doentes que necessitam de cuidados paliativos nos serviços de Medicina Interna. Este facto aliado ao crescente desenvolvimento e evidência na prestação de cuidados paliativos criou a necessidade de formação capacitando os Internistas na prestação de cuidados de conforto e de fim de vida. OBJETIVO: Avaliar a terapêutica em curso e os exames auxiliares de diagnóstico (EAD) solicitados nas últimas 48 horas antes do óbito no serviço de Medicina Interna. Após análise dos resultados será fundamentada a criação de normas e protocolos aprovados no serviço de Medicina Interna que alterem e melhorem terapêuticas com redução dos EAD considerados desnecessários em doentes em fim de vida. MATERIAL E MÉTODOS: Foram avaliados 60 óbitos,(doentes sem indicação para medidas de reanimação), ocorridos no ano de 2015 no serviço de Medicina tendo sido consultados o sistema de prescrição e o SClinic avaliando a terapêutica e EAD efetuados nas 48 horas prévias ao óbito Hospitalar. RESULTADOS: Da análises das opões terapêuticas por grupo farmacológico surge uma clara sobreterapêutica dos doentes em estadio terminal. São elevados também os EAD (predomínio de estudos analíticos >50% seguido de estudos imagiológicos> 20%) merecendo estes a devida reflexão e muito maior ponderação. Por outro lado é escassa a utilização terapêutica por fármacos para controlo sintomático utilizados em cuidados paliativos, o que confirma a necessidade de formação e de criação de normas orientadoras para a necessária melhoria dos cuidados paliativos no serviço de Medicina.

CO-42-07

CUIDADOS PALIATIVOS – SUPORTE INTRA-HOSPITALAR

Luís Santos, Joana Alves, António Ferreira, José Miguel Lopes, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL DE SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO: 1) SERVIÇO DE MEDICINA 1 2) EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Introdução: As Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) são multidisciplinares com atividade centrada na melhoria da qualidade de vida dos doentes graves ou terminais. Objetivos: Conhecer os motivos de referenciação de doentes a uma EIHSCP e inferir acerca do entendimento sobre Cuidados Paliativos (CP) nos médicos. Metodologia: Colheita de dados do processo clínico informático e arquivo da EIHSCP dos doentes referenciados em 2015. Diagnósticos codificados segundo o ICD-10. Resultados: Em 2015 foram referenciados 542 doentes à EIHSCP com uma mediana de idades de 73 anos, sendo 298 (55%) do sexo masculino. Proveniência dos doentes: 28% (n=151) do Serviço de Urgência (SU), 40% (n=219) dos serviços médicos, 19% (n=103) dos serviços cirúrgicos, 5.7% (n=31) da Consulta Externa, 2.4% (n=13) dos Cuidados de Saúde Primários. Os diagnósticos mais referenciados foram as neoplasias malignas (81=%, n=441), sendo as mais frequentes a do brônquio ou pulmão (11%, n=60), do estômago (6.6%, n=36) e do pâncreas (6.5%, n=35). O serviço de Medicina Interna (MI) referenciou 50 doentes (9%), sendo o diagnóstico mais frequente neoplasia maligna do brônquio ou pulmão. Do total, foram recusados 9 doentes (1.7%) por não terem critérios para CP; 3 doentes (0.6%), apesar de terem critérios, recusaram seguimento pela EIHSCP. A mortalidade foi 71.6% (n=388). 62 doentes (11.4%) ingressaram em Unidades de CP. Conclusão: A maioria das referenciações em CP é no contexto de patologia neoplásica. Sendo precoces no que toca à admissão dos doentes (SU), as referenciações não são necessariamente atempadas na história natural da doença. As doenças não-neoplásicas são menos referenciadas, contudo são estas as mais frequentes no serviço de MI. As referenciações em CP devem permitir intervenções úteis no alívio do sofrimento dos doentes, tornando-se pertinente a intervenção numa maior diversidade de patologias.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 1**

MODERADORES: **FÁTIMA GRENHO**
SEBASTIÃO GERALDES BARBA

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)

CO-43-01

SEGURANÇA DA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA EM DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Ana Sousa, Ana Rita Santo, Vera Pereira, Tiago Tribolet de Abreu.
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: a ecocardiografia transesofágica (ETE) é um método de utilização crescente, considerado semi-invasivo e seguro. Recomendações para a abordagem de doentes com acidente vascular cerebral (AVC) agudo consideram o ETE como um exame essencial em alguns doentes. O objectivo deste estudo foi avaliar a segurança do ETE em doentes com AVC agudo, de acordo com a casuística de um único centro. Materiais e Métodos: incluímos 171 adultos (idade média 62,8 anos) submetidos a ETE em contexto de AVC agudo. Avaliámos as complicações do ETE: impossibilidade de realização do exame, complicações pulmonares, cardíacas ou hemorrágicas, trauma/perfuração e outras (odinofagia, lesão dentária e morte). Resultados: dos 171 doentes, 2,9% tiveram complicações minor: 2 casos de recusa do doente, 2 casos de impossibilidade de introdução da sonda e 1 caso de odinofagia. Ocorreu 1 complicação major (0,6%): uma perfuração esofágica. Discussão e Conclusões: neste estudo, o ETE teve 1 complicação major (0,6%), uma perfuração esofágica, sem ocorrência de óbitos. O ETE é um procedimento seguro, mesmo em doentes com AVC agudo.

CO-43-02

SÍNDROMA SILENT - INTOXICAÇÃO GRAVE POR LÍTIO COM RECUPERAÇÃO PARCIAL

Rita Dias, Inês Henriques Ferreira, Isabel Moreira, Palmira Coya, Luís Maia, Raquel Faria, Fátima Farinha, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

A gravidade dos efeitos tóxicos do lítio é dose e tempo-dependente, multissistémico e de evolução clínica heterogénea. Caso: mulher, 54 anos, com doença bipolar medicada com olanzapina e lítio o ano anterior. Foi admitida por intoxicação aguda por lítio (nível sérico 5mmol/L) com necessidade suporte dialítico e crises convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Após melhoria inicial, com recuperação da vigília, discurso coerente, marcha atáxica com apoio, assistiu-se em 2 semanas a degradação progressive: desorientação, discurso incompreensível, ecolalia, postura rígida e roda dentada, distonia, mioclonias, olhar fixo e mutismo, com progressão para estado catatónico persistente sustentado ao longo de semanas. Foi efectuado extenso estudo analítico e imagiológico com exclusão de causas paraneoplásicas, despiste de causas endócrino-metabólicas, infeciosas e autoimunes. Punção lombar, TC, RM cerebral foram normais. PET cerebral identificou hipocaptaçao parietal esquerda e frontal direita, com posterior biopsia frontal dirigida sem alterações. Foi iniciada empiricamente tratamento com levodopa-carbidopa com resposta clínica favorável sustentada, tendo recuperado o estado cognitivo e autonomia. Confirmou-se a hipótese diagnóstica de exclusão de síndrome SILENT (sindrome de neurotoxicidade irreversível ao lítio), com concomitante parkinsonismo grave e alteração global da consciência similar à observada em

doentes com encefalite letárgica. A RM de reavaliação, 6 meses mais tarde, evidenciou redução do inositol a nivel parieto-occipital bilateral, em relação com terapêutica por litio. Os casos reportados na literatura são de uma era diagnóstica e terapêutica distintas que consideravam esta entidade irreversível. Este caso é único, semiologicamente rico e demonstrativo da potencial gravidade da toxicidade neurológica do lítio, com excelente resposta aos agonistas da dopamina.

CO-43-03

ACIDENTE CEREBROVASCULAR E DESENVOLVIMENTO DE INFEÇÃO INTRA HOSPITALAR

Vargas-Naranjo Sócrates, Parente Ana Rita, Abel Miren, Calado Nidia, Viana Sara, Mateus Ana, Soles Isabel, Costa Ana Maria, Nordase Armando e Escoto Vera.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO (HOSPITAL DISTRITAL DE PORTALEGRE)

Introdução O acidente cerebrovascular (AVC) provoca sequelas frequentes nos indivíduos e é causa de morte nos países desenvolvidos gerando altas taxas de mortalidade. Objetivo: Conhecer a incidência da infeção intra hospitalar (IIH) nos pacientes internados por AVC num hospital distrital em 2015. Metodologia: Estudo tipo coorte mista. Incluiu internados por AVC no Serviço de Medicina. Avaliou-se a idade, sexo, presença de IIH (diagnóstico clínico e corroborado por cultura positiva), tipo de alta (melhorado ou falecido), dias de estância e tipo de microorganismos. Elaborou-se uma base digital que foi analisada com os programas Epiinfo 7, Excel e SPSS ver. 20 para Mac. Calculou-se médias, desvio padrão e frequências; diferenças entre grupos de comparação com os estatísticos chi-quadrado e t-student; riscos relativos (RR) para identificar associações. A significância usada foi de α=0,05. Resultados: De 1192 altas o 14,10% (n=168) apresentavam diagnóstico de AVC; deles 21,43% tinham IIH (RR:1,49,[1,08-2,07], p:0,015). A idade média foi de 77,35 (DP=10,85) anos, sendo maior em mulheres (79,10 anos) p>0,05. A taxa de mortalidade e letalidade por AVC foram de 0,92% e 6,53%; para aqueles que desenvolveram IIH a letalidade foi de 12,50%.(RR:2,09, [0,65-6,76], p:0,188) A estância média foi de 12,45 dias, maior quando apresentavam IIH 15,42 dias. Observou-se AVC e IIH, principalmente, em homens (69,44%; RR:1,92 [1,01-3,65], p:0,028) e ≥65 anos (94,44%; RR:4,97, [1,25-19,74], p:0,003). Prevaleceram os microorganismos Gram positivos e as infeções urinárias. Conclusão: O desenvolvimento de IIH está associado ao AVC; apresentando maior estância hospitalar e taxa de letalidade. Isto gera importantes custos no Sistema Nacional de Saúde; contudo, a estrita vigilância e controlo das IIH, quer para a sua ocorrência quer para o seu tratamento pode minimiza-los.

CO-43-04

DISARTRIA, DISFAGIA E DISFONIA - AVC EM TERRITÓRIO POUCO COMUM

Cátia Canelas, Vera Espírito Santo, Alexandre Costa, Dina Carvalho, Rui Couto
CHTMAD

A abordagem inicial do acidente vascular cerebral (AVC) exige uma completa avaliação semiológica dos défices do doente não só para o diagnóstico diferencial com outros eventos causadores de défices neurológicos focais mas também para a identificação do território vascular afetado. Sexo masculino, 79 anos, antecedentes de síndrome metabólico e doença cerebrovascular isquémica. Recorre ao serviço de urgência por disartria de instalação súbita, na investigação a TAC CE não mostrava alterações agudas e teve alta com recuperação da disartria. Volta no dia seguinte por se apresentar novamente disártrico e com disfagia, à admissão no exame neurológico: disartria grave, disfagia, disfonia, desvio da língua e úvula para a direita sem outros défices sugerindo tratar-se de um enfarte bulbar. Repetiu TAC CE que era sobreponível ao do dia anterior. Foi admitido no internamento da unidade de AVC. Da investigação diagnóstica analiticamente sem alterações de relevo, ecodopler dos vasos do pescoço: redução do calibre de cerca de 62% no terço proximal da artéria carótida comum esquerda, estenose oclusiva na emergência da artéria carótida interna homolateral e estenose de 62% na emergência da artéria carótida interna à direita; RMN: área de enfarte recente em topografia fronto-opercular esquerda, corticosubcortical e lesão pós isquémica lenticulo-talamo-capsular, no estudo dos troncos supra aórticos: oclusão da artéria carótida interna esquerda e acentuada estenose da artéria carótida direta. Trata-se então de um enfarte opercular unilateral com manifestações bulbares bilaterais simulando um síndrome de Foix-Marie Chavany. O doente teve alta com recuperação integral dos défices e sem intercorrências durante o internamento. A correlação semiológica com o território vascular ainda que seja de primordial importância deve ser sempre complementada com a investigação imagiológica, onde a TAC CE tem vindo a perder devido as suas limitações na avaliação vascular

CO-43-05

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA E ANEMIA FERROPÉNICA: UMA ASSOCIAÇÃO PARA TER EM CONTA

Sofia Monteiro, Carlota Cunha, Margarida Oliveira, Catarina Cruto, Filipe Correia, Ana Lisa Lima, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

A Hipertensão intracraniana (HIC) idiopática caracteriza-se por aumento da pressão intracraniana na ausência de causas secundárias estruturais, sendo classicamente associada a mulheres em idade fértil com obesidade. Recentemente foi descrita uma associação de HIC e anemia ferropénica, com incidência estimada numa série em 10%. Relatamos o caso de uma mulher de 54 anos que em Março de 2014 iniciou diminuição da acuidade visual sem cefaleias. Ao exame neurológico não apresentava alterações e a avaliação oftalmológica mostrou edema do disco óptico bilateralmente, aumento da mancha cega no olho esquerdo e restrição periférica de campo visual. Após TC CE normal fez punção lombar que revelou pressão de abertura elevada de 32 cmH2O. Angio-RM encefálica excluiu trombose dos seios venosos, lesões ocupantes de espaço e malformações arterio-venosas como fístulas. Assumido o diagnóstico de HIC idiopática iniciou tratamento com acetazolamida. Em Agosto de 2014 é documentada anemia ferropénica, tendo iniciado suplementação com ferro oral com fraca resposta. Recorreu ao serviço de urgência em Julho de 2015 por agravamento da acuidade visual, ficou internada por persistência da HIC e anemia ferropénica agravada. Estudos endoscópicos definiram a hérnia do hiato como provável causa da ferropenia. Foi aumentada a dose de acetazolamida e introduzido o topiramato, simultaneamente foi transfundida e administrado ferro endovenoso. Verificada subida de hemoglobina e melhoria clínica progressiva, com normalização dos campos visuais ao longo do tempo. A melhoria após correcção da anemia está de acordo com casos já descritos, embora não se compreenda a fisiopatologia. Com este caso clínico os autores pretendem exemplificar uma associação invulgar, realçando a possível importância do tratamento da anemia na melhoria da HIC morbilidade associada. Alertamos ainda para o diagnóstico precoce desta patologia que se não for tratada pode condicionar diminuição da acuidade visual grave e permanente.

CO-43-06

CALCIFICAÇÃO DA PAREDE DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA NOS ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS ISQUÉMICOS SUBMETIDOS A TROMBÓLISE

Patrícia Afonso Mendes, Miguel Tábuas-Pereira, João Sargento-Freitas, Fernando Silva, Joana Parra, Vera Seabra, Miguel Mesquita, Mariana Baptista, Gustavo Cordeiro, Rui Pina, Armando de Carvalho, Luis Cunha
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, UNIDADE DE AVC E SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Introdução: As calcificações são um elemento importante da placa aterosclerótica e têm sido usadas como um marcador de aterosclerose e como preditores do outcome clínico em diferentes territórios vasculares. A tomografia computorizada (TC), realizada no acidente vascular cerebral (AVC) isquémico pode, com fidedignidade, detetar calcificações intracranianas. Como tal, encontrar um potencial preditor do outcome clínico na fase aguda do AVC teria interesse, especialmente se fosse possível a sua inclusão em algoritmos de decisão do AVC isquémico. Objetivos: Investigar a associação entre a

calcificação da carótida interna intracraniana e o outcome funcional, hemorragia cerebral sintomática (sICH), recanalização e morte. Métodos: Incluíram-se 396 doentes com AVC isquémico submetidos a tratamento com ativador recombinante do plasminogénio tecidular, num período entre Janeiro de 2011 e Setembro de 2014. As TC foram revistas de forma a calcular o "Total Carotid Syphon Calcification score" (TCSC). Seguimento dos doentes até 6 meses após AVC ou morte. A avaliação do outcome incluiu a recanalização nas primeiras 24 horas (através de Doppler transcraniano ou Angio-TC), a sICH e a avaliação funcional aos 3 meses pós-AVC usando a escala de Rankin modificada (mRS). Resultados: A calcificação da parede da artéria carótica não previu a sICH (OR: 1,151; 95% CI=[0,906; 1,463], p=0,249), recanalização (OR: 0,974; 95% CI=[0,874; 1,085], p=0,630) nem um bom outcome (OR: 0,956; 95% CI=[0,848; 1,077], p=0,457). Contudo, mostrou-se a predição de morte com significado estatístico (OR: 0,956; 95%CI=[0,848; 1,077], p=0,457). Conclusões: Verificou-se um risco de morte precoce nos doentes com maior grau de calcificação da parede da artéria carótida. A calcificação da artéria carótida intracraniana não aumenta o risco de sICH induzido pela trombólise.

SÁBADO - 28 - 08H00 — **SALA FERNÃO DE MAGALHÃES - IPVC**

MODERADORES: **LUISA FONSECA**, **SEBASTIÃO GERALDES BARBA**

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)

CO-44-01

QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO É ÓBVIO E QUANDO ÓBVIO É DIFÍCIL…

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A doença de Lyme, causada pela espiroqueta Borrelia Burgdorferi, caracteriza-se por envolvimento multissistémico. Na sua forma disseminada precoce, o envolvimento do sistema nervoso ocorre em 15% dos casos. A tríade clássica de apresentação da neuroborreliose (NL) engloba meningite, neuropatia craniana e radiculoneurite sensorio-motora. Caso Clínico: Apresentam-se dois casos com diferentes manifestações clínicas. Caso A: mulher, 32 anos, com alergia à penicilina e internamento recente por meningoencefalite linfocítica de etiologia não esclarecida. Recorre ao SU por cefaleia persistente e episódio de défice neurológico focal (hemiparesia e hemi-hipostesia direitas), que veio a repetir-se no internamento, associado a alterações da linguagem. Sem febre. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente, leucocitose discreta, parâmetros inflamatórios pouco elevados. Punção lombar revelou pleocitose linfocítica com hiperproteinorráquia e hipoglucorraquia; HT intra-craniana. Caso B: mulher, 53 anos, antecedentes de patologia psiquiátrica e distonia oromandibular. Febre persistente e parésia facial periférica esquerda com 2 semanas de evolução. Analiticamente leucocitose, parâmetros inflamatórios negativos. A punção lombar mostrava pleocitose neutrofilica e proteinorráquia elevada. Em ambos foi realizado estudo etiológico alargado. Exames bacteriológicos, incluindo vírus, rickettsia e mycobaterium tuberculosis negativos. Serologia para B. Burgdorferi no sangue (IgM) revelou-se positiva apenas no segundo doseamento nas duas doentes. Caso A foi tratada com doxiciclina e caso B com ceftriaxone, com melhoria clínica progressiva. Conclusão: NL é um diagnóstico desafiador, destacando-se a necessidade de um elevado índice de suspeição. A diversidade de manifestações clínicas e inexistência de contexto epidemiológico, como aconteceu nas duas doentes, contribuem para uma entidade potencialmente sub-diagnosticada.

CO-44-02

ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DEMÊNCIAS RAPIDAMENTE PROGRESSIVAS

Inês Ferraz de Oliveira, Joana Urzal, Iuri Correia e Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A Encefalopatia de Hashimoto caracteriza-se por alteração do estado de consciência com rápida deterioração cognitiva, sintomas neuropsiquiátricos e mioclonias. É imuno-mediada e está associada à tiroidite de Hashimoto. Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, autónoma até 3 meses antes do internamento, que recorre ao serviço de urgência por confusão mental. À observação objetivou-se desorientação temporo-espacial com verborreia e tremor simétrico dos membros superiores, associado a hipertonia e hiperreflexia. Neste contexto postulou-se a hipótese de demência rapidamente progressiva. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) demonstrou atrofia encefálica. A ressonância magnética CE mostrou redução da dimensão dos corpos mamilares, com depósitos paramagnéticos nos núcleos lenticulares. O eletroencefalograma mostrou lentificação difusa ligeira, sem atividade paroxística. A avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou hiperproteinorráquia com índice de Tibbling normal, sem outras alterações. Foram excluídas causas infeciosas, metabólicas, medicamentosas, neoplásicas e paraneoplásicas (TC corpo, serologias e exames culturais normais). Identificou-se um hipotiroidismo sub-clínico com TSH 13,84 mUI/L, T4 livre 0,93 ng/dL, T3 livre 2,54 pg/mL, anticorpo anti-tiroglobulina > 3000 UI/mL e anticorpo anti-peroxidase 760 UI/mL, não se tendo identificados estes anticorpos no LCR. Foi portanto assumida a hipótese de Encefalopatia de Hashimoto. Iniciou-se corticoterapia sistémica, com regressão sintomática e ganho total de autonomia. Com este caso pretende-se ressaltar a importância do diagnóstico diferencial das demências de aparecimento recente, nomeadamente em idosos, por existirem múltiplas causas reversíveis quando identificadas e tratadas atempadamente. Paralelamente, pretende-se chamar a atenção para o tantas vezes menosprezado hipotiroidismo "subclínico", que neste caso era a chave para toda a clínica.

CO-44-03

MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA POR TELEMETRIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE AVC NA DETECÇÃO DE FIBRILHAÇÃO AURICULAR

António Ferreira, Duarte Silva, Cátia Barreiros, Irene Miranda, Augusta Silva, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

Introdução: A embolia cardíaca por Fibrilhação Auricular (FA) paroxística não diagnosticada é responsável por uma parte substancial dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) isquémicos classificados como criptogénicos. As atuais orientações recomendam a monitorização electrocardiográfica nas primeiras 24-48h após a admissão hospitalar. Objectivos: Avaliação do número de FA de novo identificadas por telemetria em doentes com Acidente Isquémico Transitório (AIT)/AVC isquémico, sem outra etiologia identificada, numa Unidade de AVC, e sua caracterização. Material e Métodos: Foram incluídos os doentes admitidos numa Unidade de AVC tipo C entre Maio a Dezembro de 2015 e seleccionados aqueles com diagnóstico de AIT/AVC sem etiologia identificada e sem FA conhecida ou previamente documentada, que tiveram registo electrocardiográfico por telemetria durante um período mínimo de 24 horas. A equipa médica foi responsável pela revisão da telemetria para identificação de FA. A análise dos dados foi efectuada com o programa SPSS v23. Resultados: Dos 217 doentes admitidos foram seleccionados 79 doentes com idade média de 73,9 anos e distribuição por sexo masculino/feminino de 53,2% e 46,8%, respectivamente. 70 doentes apresentaram AVC isquémico (88,6%) e 9 doentes AIT (11,4%). Dos 79 doentes, 12 (15,2%) apresentaram ritmo de FA no registo por telemetria (FA paroxística: 11; FA persistente: 1) e destes, em 11 (91%) doentes foi alterada estratégia terapêutica com inicio de

hipocoagulação. Discussão/Conclusão: O número de FA detectadas na presente série foi sobreponível aos dados aferidos noutros estudos. A telemetria constitui um método importante no diagnóstico de FA em doentes com AVC isquémico que, de outro modo, poderiam ser definidos como criptogénicos. O registo electrocardiográfico por telemetria permite assim assumir mais precocemente uma correcta estratégia terapêutica.

CO-44-04

A PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO NO AVC – APLICAÇÃO DA ESCALA GUSS

Rui Costa, Mariana Martins, Ana Lourenço, Fátima Grenho, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, UNIDADE AVC, S. MEDICINA, UF IV

Introdução: A disfagia no acidente vascular cerebral (AVC) tem frequência estimada entre 29 e 78% dependendo da localização da lesão e dos testes utilizados para diagnóstico. Estes doentes têm aumento do risco de aspiração de alimento, e de desenvolver pneumonia. É fundamental identificar os doentes com disfagia para que possam ser tomadas medidas que diminuam a incidência de pneumonias de aspiração (PdA). A escala Gugging Swallowing Screen (eGUSS) é fiável, de aplicação simples permitindo identificar e estratificar os graus de disfagia, adequando a dieta a introduzir. Objectivos: Analisar a incidência de PdA antes e após a introdução da eGUSS, e comparar as características dos doentes com diferentes graus de disfagia. Métodos: Estudo prospectivo realizado numa unidade AVC (UAVC) de 08/2015 a 02/2016, dos doentes com AVC isquémico (AVCi) (G1). Analisados dados demográficos, gravidade e factores de risco para AVC, eGUSS e incidência de PdA. Comparação com dados retrospectivos colhidos no período de 01/2014 a 06/2014, período prévio à aplicação da eGUSS (G0). Análise estatística com sofware SPSS e Microsoft Excel. Resultados: Em G0 encontrados 106 doentes com AVCi, 42 com disfagia, 19 com diagnóstico de PdA (19,92%). Em G1 encontrados 103 AVCi, 48 mulheres, 55 homens, idade média de 71.08 anos. 10 doentes com disfagia grave (dG), 14 com disfagia moderada (dM), 16 com disfagia leve (dL), e 63 sem disfagia. Em 6.79% (n=7) diagnóstico de PdA, 3 com DG à entrada, e 2 com dM e 2 com dL, com idade média de 69 anos, National Institute Health Stroke Scale (NIHSS) médio de 16.71 e modified Rankin Scale (mRs) 4.3. Os doentes sem pneumonia tiveram NIHSS médio de 9.5 e mRs 2.4. Conclusão: A aplicação da eGUSS permitiu diminuir a incidência de PdA por identificação precoce dos diferentes graus de disfagia ($p<0.05$). O grupo de doentes com PdA teve demora média superior, pior outcome funcional, demonstrando a importância da pesquisa sistemática da disfagia no AVC.

CO-44-05

ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA E VACINA ANTI-TETÂNICA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Natacha Silveira, Teresa Ferreira, André Souto, Miguel Milheiro, António Cabral, Vanessa Machado, Maria José Grade, Luísa Arez
UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO - CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A encefalomielite disseminada aguda (ADEM) é uma patologia autoimune desmielinizante do sistema nervoso central desencadeada por uma reação inflamatória pós-viral ou imunização (prevalência de 0,1-0,2/100.000 vacinas). Caso clínico: Sexo feminino, 20 anos, antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1. Admitida por febre, ptose palpebral direita, disartria, disfonia, disfagia para líquidos, diparésia braquial simétrica, hiperreflexia no membro superior (MS) esquerdo e hiporreflexia no contralateral, defeito proprioceptivo bilateral, retenção urinária, paraplegia e arreflexia dos membros inferiores e nível sensitivo C5-D1 bilateral. Cerca de 1 mês antes efetuou a vacinação antitetânica. Estudo analítico sérico sem alterações relevantes (incluindo autoimunidade). O estudo líquido cefalorraquídeo, cristalino, apresentava pleiocitose linfocítica e hiperproteinorráquia. Ausência de bandas oligoclonais e negativo para enzima conversora de angiotensina, proteína C reativa de vírus neurotrópicos e anticorpos anti-aquaporina4. A ressonância magnética (RMN) do neuroeixo evidenciou lesões encefálicas (uma maior cortico-subcortical frontal esquerda, captante de contraste e hipossinal em T1) e medulares (cervico-dorsais) muito extensas. Admitida a hipótese de ADEM, iniciou imunoglobulina e pulsos de metilprednisolona assim como reabilitação física diária. Recuperou da disartria, disfonia e função motora dos MS, melhoria do nível sensitivo (D5-D6), mas manteve paraplegia. A RMN controle após 1,5 meses mostrou redução do número e tamanho das lesões, persistindo atividade inflamatória. Irá manter reabilitação em Centro especializado. Conclusão: Assumimos a relação da ADEM com a vacina antitetânica, descrita na literatura, embora rara. O elevado índice de suspeição e tratamento precoces são essenciais, de modo a minimizar sequelas neurológicas potencialmente devastadoras.

CO-44-06

RESPONDEDORES CLÍNICOS TARDIOS APÓS FIBRINÓLISE ENDOVENOSA

Inês Vidal, Sara Sintra, Cristina Duque, José Coelho, João Sargento-Freitas, Fernando Silva, Gustavo Cordeiro, Luís Cunha
CHUC - HUC, SERVIÇO DE NEUROLOGIA

Introdução Nos doentes com AVC isquémico submetidos a fibrinólise endovenosa (ev) o benefício clínico é dependente da precocidade do tratamento e recanalização. A resposta clínica à recanalização é heterogénea. Contudo, não estão estudados os mecanismos fisiopatológicos responsáveis por uma melhoria clínica tardia Objectivos Identificação de variáveis preditoras de resposta clínica tardia em doentes com AVC isquémico sujeitos a fibrinólise ev com recanalização precoce Metodo Estudo de coorte retrospectivo incluindo doentes com AVC isquémico sujeitos a fibrinólise ev na Unidade de AVC de um hospital, admitidos entre Janeiro e Dezembro de 2014. Seleccionámos os doentes com recanalização precoce, definida como pontuação Thrombolysis in Brian Ischemia, por Doppler transcraniano codificado a cores, ≥4 e/ou angioTC com visualização das artérias correspondentes ao território afectado, em exames realizados nas 6h após início dos sintomas. Foram excluídos casos de fibrinólise ev seguida de tratamento endovascular. Excluímos ainda doentes com escala de Rankin modificada (mRS) prévia >2 e aqueles com melhoria precoce (diminuição ≥4 pontos no NIHSS às 2h após fibrinólise). Feita análise uni e multivariável com regressão logística para identificação de preditores independentes de resposta clínica tardia, definida como mRS < 2 aos 3 meses Resultados Recolhidos dados de 526 doentes,dos quais se analisaram 276 (57.2% do sexo masculino; idade média 72.6±11 anos; NIHSS médio à entrada 13.2±6.3). Foi observada resposta clínica tardia em 51 doentes (18.5%). Foram identificados os seguintes preditores independentes: NIHSS à entrada (OR 0,80; IC 95% 0,76-0,84; p<0,001), idade (OR 0,94; IC 95% 0,92-0,97; p<0,001) e glicémia à admissão (OR 0,99; IC 95% 0,99-1,00; p=0,012) Conclusões O NIHSS à entrada, a idade e a glicémia à admissão foram identificados como preditores independentes de resposta clínica tardia em doentes com AVC isquémico submetidos a fibrinólise ev com recanalização precoce

SÁBADO - 28 - 08H00	AUDITÓRIO IPVC
MODERADORES:	LUISA REBOCHO EDGAR TORRE

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)

CO-45-01

MENINGITE BACTERIANA: VACINAR PARA PREVENIR

Fátima Sofia Silva, Tiago Fernandes, Catarina Paulo, Filipe Correia, Sofia Jordão, Cristina Oliveira
HOSPITAL PEDRO HISPANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A meningite bacteriana (MB) é uma infeção caracterizada por uma inflamação das meningites. A epidemiologia da MB tem mudado nos últimos anos em parte graças à vacinação. O S. pneumoniae é o agente mais frequente de MB em adultos (50%) e encontra-se associado a uma elevada

taxa de mortalidade (22%). Com a introdução da vacina anti-pneumocócica estima-se que a incidência de MB por este agente tenha reduzido em 27%. OBJETIVOS: Avaliar a incidência de MB da comunidade numa população adulta e identificar aspetos relacionados com a semiologia, agentes etiológicos, terapêutica instituída e evolução clínica. MÉTODOS: Estudo descritivo e retrospetivo, entre Janeiro/2002 e Dezembro/2014. Incluídos adultos com diagnóstico de meningite aguda com isolamento de agente bacteriano ou LCR compatível com MB. Excluídos doentes infetados pelo VIH e MB nosocomiais. RESULTADOS: analisados 79 casos de MB, 52% do sexo masculino e 62% com mais de 50 anos. A clínica de apresentação foi variada: a febre foi a manifestação mais prevalente (78%), seguida da cefaleia (57%) e rigidez da nuca (52%). Em 27% dos casos constataram-se as três. A terapêutica empírica mais utilizada foram as cefalosporinas de 3ª geração (91%), associada em 39% dos casos a ampicilina. Em 81% dos casos isolou-se um agente bacteriano, sendo o S. Pneumoniae o mais frequente (51%), seguido da N. meningitidis (7,8%). Foi necessário internamento em unidade de cuidados intermédios ou intensivos em 48% dos casos, dos quais 66% apresentavam sépsis com disfunção multiorgânica (66%) e 26% complicações neurológicas. A taxa de mortalidade foi de 20%. Em 44% dos óbitos foi confirmada infeção pneumocócica (44%). CONCLUSÃO: À semelhança de outros estudos, a meningite pneumocócica representou a causa mais frequente de MB. A vacinação tem provado redução da incidência de meningite pneumocócica, pelo que os autores consideram pertinente reforçar a necessidade de vacinar os adultos conforme as recomendações.

CO-45-02

SÍNDROME DE OITO E MEIO – DE UMA PTOSE PALPEBRAL A UM ACIDENTE VASCULAR ISQUÉMICO PROTUBERANCIAL

João Pedro Gomes, Rui Araújo, Diana M Ferreira, João Fonseca, Benilde Barbosa, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: Descrita inicialmente em 1998 por Eggenberger, a Síndrome de Oito e Meio é uma entidade clínica rara composta por incapacidade do olhar horizontal conjugado, por oftalmoplegia internuclear (Síndrome de Um e Meio) e por parésia unilateral do VII par craniano. Esta entidade pode ser causada por diversas etiologias (isquémia, neoplasias, esclerose múltiplas, entre outras) que afeta especificamente o tegumento pontino. Caso Clínico: Mulher, 74 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por ptose palpebral unilateral, com 5 dias de evolução. Tinha antecedentes de hipertensão arterial essencial medicada, dislipidemia medicada e mastectomia unilateral esquerda por carcinoma mamário, mantendo-se sob hormonoterapia. Ao exame físico, apresentava-se apirética, hipertensa (155/85 mmHg), com parésia facial esquerda (com atingimento do andar superior da face), oftalmoplegia internuclear esquerda e parésia do olhar conjugado para a esquerda. Analiticamente, não apresentava alterações e o electrocardiograma mostrava traçado em ritmo sinusal, com frequências cardíacas controlados. Na TC crânio-encefálica verificava-se hipodensidade protuberancial inferior para-mediana esquerda, de características subagudas, tendo-se firmado o diagnóstico de Síndrome de Oito e Meio. Recusou internamento e foi medicada com ácido acetilsalicílico 100mg id e atorvatatina 20mg id. Requisitou-se ECG-Holter, ecocardiograma e ecodoppler carotídeo vertebral. Conclusão: A Síndrome de Oito e Meio é um diagnóstico clínico raro, definidora do local afetado. Os estudos de imagem são essenciais para a determinação etiológica.

CO-45-03

TROMBÓLISE NOS VERY OLD- EXPERIÊNCIA NUMA UAVC

Mariana Gomes Martins, Rui Marques Costa, Ana Lourenço, Fátima Grenho, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, UAVC , SERVIÇO MEDICINA UF IV

Introdução: A incidência de acidente vascular cerebral (AVC) aumenta com a idade. Doentes com mais de 80 anos (+80a) e plurimorbilidades, têm frequentemente diminuição do status funcional após um AVC. A trombólise ev (T) em doentes com +80a não é recomendada pelas agências reguladoras Europeias, mas as "Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e Acidente Isquémico Transitório 2008", da European Stroke Organization, admitem que possa ser administrada nas primeiras 3 horas. Objetivos: comparar o outcome funcional (OF) e neurológico, complicações hemorrágicas, demora média, e mortalidade intra-hospitalar em doentes com +80a submetidos a trombólise (dST) versus (vs) não submetidos (dNST). Métodos: Estudo retrospetivo comparativo numa Unidade de AVC em entre 01/2014 e 12/2015 dos dST e dNST com +80a, por consulta de processos clínicos. Análise estatística com sofware SPSS e Microsoft Excel. Resultados: Total 123 doentes (41 homens, 82 mulheres). Idade média 85.7 anos. Em 45 (36.6%) fez-se T. Os principais motivos para não realizar T foram tempo de evolução do evento (n=41) e National Institute Health Stroke Scale (NIHSS) < 4 (n=18) ou >25 (n=3). Os dST tiveram média de 7.67 dias de internamento (dit), e 7.8 excluindo óbitos; média da NIHSS (NIHSSm) de 15.2 à admissão e de 10.2 na alta, variação média (Vm) de 5. Os dNST tiveram média de 10 dit e 10.6, excluindo óbitos, NIHSSm à admissão de 9.2 e na alta de 7.06, Vm 2.14. A modified Rankin Scale (mRs) foi 3.56 nos dST e de 2.76 nos dNST. Em 19 casos houve complicações da T (42.2%) , sendo as principais a hemorragia intra-craneana (n=11) e das mucosas (n=6). Houve 17 óbitos, 12 nos dST (26.6%); Conclusão: Neste estudo constatámos que os dST apresentaram maior Vm de NIHSS, traduzindo melhoria neurológica, com menor demora média. Apesar disso, apresentaram pior OF, por maior número de óbitos. Admitimos que a maior gravidade dos dST à partida e percentagem de complicações possa ter condicionado o pior outcome.

CO-45-04

EMBOLIC STROKE OF UNDETERMINED SOURCE: CARACTERIZAÇÃO DE UM POPULAÇÃO INTERNADA NUMA UNIDADE DE AVC E NO FOLLOW-UP

Inês Ferreira, Irene Verdasca, Ana Lourenço, Fátima Grenho, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, SERVIÇO DE MEDICINA, UAVC-CHLO

Introdução:ESUS (embolic stroke of undetermined source) definido como enfarte cerebral não lacunar na ausência de: estenose carotídea >50%, risco cardioembólico major ou outra causa especifica de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Objectivo: Identificar frequência de ESUS numa Unidade de AVC(UAVC), caracterizar essa população a nivel demográfico, território vascular afectado e factores de risco não convencionais. Métodos:Estudo retrospectivo que inclui doentes internados numa UAVC no período de Jan/2014 a Ago/2015. Resultados:Em 494 doentes internados foram identificados 52 com diagnóstico de ESUS, com uma idade média de 66.6 anos. Em 7.69% destes doentes foi diagnosticada Fibrilhação Auricular(FA) no follow-up após alta, em 7.69% detectou-se arritmia supraventricular frequente, 15.38% estenose do eixo carotideo <50%, 3.85% Foramen Oval Patente, 3.85% Aneurisma do septo inter-auricular, sendo menos frequentes outros factores de risco embolígeno não convencionais como neoplasia(1.92%), doença ateromatosa do arco aórtico(1.92%) e sindrome antifosfolipico(1.92%). Quanto aos territórios de enfarte, o mais comum foi o carotídeo esquerdo(46.15%) seguindo-se o carotídeo direito(30.77%), vertebrobasilar(15.38%) e múltiplos territórios (5.77%). Dos 52 doentes: 32.59% não tiveram follow-up por pertencerem a outra área de residência(41.18%), morte(11.76%) ou não adesão à consulta (47.05%). Conclusão:Apesar da subamostra de doentes e da percentagem de não follow-up identificou-se que FA detectada pos-alta ou arritmia supraventricular eventualmente embolígena como a causa potencial de ESUS mais comum. Sendo uma etiologia em que dispomos de terapêutica eficaz para prevenção secundária existem outros factores de risco minor para embolismo que têm sido identificados desconhecendo-se a terapêutica de prevenção secundária mais eficaz. Parece-nos essencial o seguimento para confirmar a terapêutica mais adequada na prevenção do AVC e identificar factores de risco adicionais.

CO-45-05

UMA CAUSA MUITO RARA DE AVC?

João Barata, Sílvia Lourenço, Dulce Neutel, Sérgio Galo, Luísa Rebocho
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, ÉVORA, E.P.E.

Introdução: A febre Q é uma infecção sistémica causada pelo agente Coxiella burnetii. A apresentação aguda assemelha-se habitualmente a um síndrome gripal, podendo evoluir para uma forma atípica de pneumonia, hepatite ou endocardite. Caso clínico: Homem, de 32 anos, fumador, trabalhador da indústria hoteleira. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de mal estar geral, febre, perda ponderal e astenia com 6 dias de evolução. Analiticamente, destacou-se subida das provas de citólise hepática e dos parâmetros de inflamação. Fez Ecografia Abdominal que revelou ligeira hepatomegália. Em internamento, desenvolveu quadro progressivo de confusão mental, disartria, parésia facial periférica esquerda e dismetria no membro superior esquerdo. Analiticamente, mostrava alterações sobreponíveis às da admissão. Fez ressonância magnética: "lesões isquémicas subagudas possivelmente associadas a fenómenos microembólicos, não se podendo excluir doenças desmielinizantes"; fez punção lombar com exame citoquímico de líquor normal. Transferiu-se o doente para Unidade de AVC para continuação do estudo etiológico, e por persistência de síndrome febril indeterminado iniciou Doxiciclina empiricamente, com evolução favorável. Ao 19º dia de internamento a pesquisa de Coxiella burnetii foi compatível com febre Q aguda, pelo que o doente manteve Doxiciclina. Do estudo realizado destaca-se ainda: positividade de anticorpos IgM anti-cardiolipina e anti-beta2glicoproteína. Pesquisa de Coxiella burnetti no líquor positiva. Conclusão: Existem muito poucos casos reportados de febre Q com manifestações neurológicas. Para além da sua raridade, continuam a persistir dúvidas sobre a sua causa neste caso: se por acção directa do agente infeccioso sobre o sistema nervoso central ou se pela formação secundária de auto-anticorpos e aumento transitório da coagubilidade, mantendo-se assim o desafio diagnóstico e terapêutico em aberto.

QUINTA-FEIRA - 26 - 18H30 — **AUDITÓRIO IPVC**

MODERADORES: **CRISTINA ROQUE**, **JOÃO ARAÚJO CORREIA**

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE

CO-46-01

PADRÃO DE PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Luís Ramos dos Santos, Sofia Nóbrega, Dina Santos, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução Os Inibidores da Bomba de Protões (IBP) são vastamente utilizados no tratamento da patologia gastrointestinal e prevenção da hemorragia digestiva alta (HDA) iatrogénica, frequentemente de forma inadequada nos doentes hospitalizados. Objectivos Avaliar o padrão de prescrição de IBP num Serviço de Medicina Interna (MI), no que toca às indicações e aos custos. Métodos Estudo observacional prospectivo de 3 meses. Incluídas admissões consecutivas no Serviço de MI e Unidade de Cuidados Intermédios com idade ≥18 anos. Registados dados demográficos, motivo de admissão e medicação. As folhas terapêuticas foram consultadas diariamente para extracção de dados de prescrição. Os processos clínicos foram revistos para dados que apontassem/validassem o uso de IBP antes da admissão. Foi definido um conjunto de critérios para iniciação de IBP em internamento: Doença de Refluxo gastroesofágico, Doença Ulcerosa Péptica, erradicação de Helicobacter pylori, Síndrome Zollinger-Ellison, Dispépsia funcional, prevenção de HDA por Antinflamatórios não esteróides ou no contexto de antiagregação. Resultados Incluídos 585 doentes. Idade média de 75 anos (DP ±14.6). 55% dos doentes tinham ≥4 comorbilidades. 559 doentes (96%) admitidos na Enfermaria. Tempo médio de internamento de 9.3 dias (DP ±6.01). 163 doentes (28%) já eram medicados com IBP pré-admissão, metade sem indicação. 372 doentes (64%) receberam um IBP na admissão/durante o internamento, mas apenas 63 casos tinham indicação para tal, pelo que 83% tinham sido medicados de forma inapropriada. Os predictores de iniciação de IBP: sexo feminino odds ratio (OR) 1.49 (1.02-2.17), idade ≥75 anos OR 2.02 (1.24-3.30), estar medicado com IBP pré-admissão OR 3.41 (2.03-5.76). Custos totais, directamente relacionados aos IBPs, ascenderam aos €1079.96, em média €2.72 (DP±2.97). Conclusão A prescrição de IBPs deve ser revista e o risco de HDA avaliado para reduzir prescrições inadequadas e custos, e potencialmente diminuir iatrogenia.

CO-46-02

AVALIAÇÃO DOS REINTERNAMENTOS EM MEDICINA INTERNA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Patrícia Serpa Soares, Pedro Fortes, Ana Maria Grilo, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
SERVIÇO DE MEDICINA I E II – HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

O reinternamento define-se como a readmissão de um doente ao serviço de internamento de um estabelecimento de saúde após ter tido alta do mesmo, e é utilizado como indicador de qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que se associa a um aumento das despesas e à mortalidade intra-hospitalar. Apresenta-se uma análise retrospectiva dos reinternamentos aos 30 dias nos Serviços de Medicina Interna de um hospital distrital em 2015 com recurso aos dados fornecidos pelo Gabinete de Estatística, consulta do processo informático e análise estatística. Do total de 2231 internamentos realizados, 6% foram reinternamentos, sendo que destes, 67% corresponderam a doentes do sexo masculino. A maioria (64%) dos doentes reinternados foi proveniente do domicílio, e a idade média foi de 76,75 anos. A demora média foi de 10 dias, valor semelhante nos internamentos e reinternamentos. Em relação aos diagnósticos nos internamentos e reinternamentos, foram agrupados por grupos nosológicos, sendo a maioria dos doentes admitida por doenças do sistema respiratório (traqueobronquite, pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crónica), seguido pelo genitourinário (doença renal crónica e aguda e infecção do tracto urinário) e cardiovascular (insuficiência cardíaca). O motivo de readmissão foi semelhante ao anterior em 40% dos casos e atribuível a complicações infecciosas nosocomiais em 33%. A taxa de mortalidade foi de 22%. A elevada faixa etária da nossa população contribuiu provavelmente para a percentagem de reinternamentos e mortalidade, bem como uma grande prevalência de doenças crónicas susceptíveis de descompensação. Uma melhoria da rede de cuidados de saúde em ambulatório, nomeadamente Hospital de Dia ou apoio de Equipas de Cuidados Paliativos poderá contribuir para reduzir este valor. Salienta-se o facto de cerca de um terço dos reinternamentos serem devidos a complicações nosocomiais, merecendo uma revisão cuidada dos factores predisponentes e aplicação de medidas preventivas.

CO-46-03

PROFILAXIA DAS ÚLCERAS DE STRESS – AUDITORIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Sara Pereira, Ana Lima Silva, Joana Barros, Ângela Coelho, Lara Maia, Celeste Guedes, Jorge Salomão, Pedro Neves, Nuno Cardoso, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

A úlcera de stress (US) é uma reconhecida complicação de doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos. A sua profilaxia tem indicações específicas nomeadamente, na ventilação mecânica >48h e na evidência de coagulopatia. A generalização da instituição da profilaxia nas enfermarias médicas tem sido frequente apesar da reduzida evidência científica que o suporte. No entanto, o uso indiscriminado da mesma tem consequências potenciais como a pneumonia nosocomial e a diarreia por Clostridium, não apresentando redução da mortalidade global. Estudo descritivo com início em 2011 para avaliar a indicação da profilaxia de US em doentes internados num Serviço de Medicina, bem como determinar o impacto de medidas de incentivo à correta prescrição (auditorias, apresentação de resultados, material didático de bolso com normas de orientação profilática). Realizadas auditorias sem

aviso prévio em 2012, 2013 e 2016, sendo registados dados demográficos, critérios de exclusão, fatores de risco e tipo de profilaxia instituída. Revistos critérios em 2011, 2012 e 2013. Após formação do corpo médico em 2011, verificou-se melhoria do uso de profilaxia de US (57% versus 72% de orientação correta, em 2011 e 2012, respetivamente). Em 2013 verificou-se que apenas 52,5% estavam orientados corretamente. Em 2016 a destacar que dos 60 doentes auditados (57% género masculino e 43% género feminino), 60% tinha critérios para profilaxia de US, dos quais 94% estavam corretamente medicados. Dos 40% sem critérios para profilaxia apenas 8,3% não estavam medicados. Isto reflete-se em 60% de doentes orientados corretamente. A profilaxia de US está a ser aplicada corretamente em doentes com critérios para a mesma mas não nos doentes sem critérios para tal, tendo o seu uso generalizado nas enfermarias médicas potenciais complicações infeciosas. A formação periódica dos profissionais de saúde é imprescindível para a melhoria da qualidade nos serviços prestados aos doentes.

CO-46-04

IMPLICAÇÕES CLINICAS E ECONÓMICAS DA REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Sandra Alves Morais, Graça Farelo, Ana Campos Nogueira, Eduardo Eiras, Maria do Céu Rocha
ULSM - HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para dar resposta às solicitações de uma população mais dependente. Estudos mostraram aumento do tempo de internamento (TInt) e custos associados a nível hospitalar nos doentes (dts) referenciados. Objetivo: Estudo do efeito da referenciação de dts para a RNCCI sobre o TInt, complicações médicas e custos associados, num hospital distrital. Material e métodos: Estudo retrospetivo dos dts admitidos num serviço de Medicina entre 1.4-30.6.2012. Divisão em 2 grupos: dts "não sinalizados" e "sinalizados". Recolhidos vários dados, incluindo nº dias de internamento e características da referenciação. Resultados: Estudados 886 dts, 823 dts (92.9%) não foram referenciados à RNCCI (média de TInt 9.4±8.4dias). Iniciado processo de referenciação em 63 dts (54% homens). Motivos de internamento: doença (dça) do foro infeccioso (52.1%), SNC (32.9%) e oncológica (9.6%). Motivos de referenciação: recuperação funcional (47.6%) e reabilitação respiratória (31.7%). Nos "dts sinalizados" a média de TInt foi de 26.6±23dias, com diferença estatisticamente significativa comparativamente aos "dts não sinalizados" (T-value=19.867, p<0.00001). O encargo financeiro neste grupo de dts correspondeu a 17,78% (395951 euros) do orçamento trimestral total. Nestes dts a potencialidade clínica de alta hospitalar (AH) poderia ocorrer aos 19.0±15.1dias de internamento; sendo que os dias extra que ficaram a aguardar integração foram 9.2±20.0 dias, correspondendo a 6,14% do gasto total dos dts internados. 36.5% dos dts referenciados tiveram complicações clínicas no período em espera - 80% dças do foro infeccioso. Associadamente, 44.4% destes dts desenvolveram uma complicação clínica após AH (condicionando vinda ao SU ou reinternamento nos 3 meses após AH). Discussão: Verifica-se que os dts referenciados para a RNCCI têm uma média de TInt maior, com consequente aumento dos custos e um elevado número de complicações clínicas.

CO-46-05

CONTINUAÇÃO DE CUIDADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mónica Brinquinho, Gonçalo Sarmento, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA, ESPINHO. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Um dos objetivos de um Serviço de Urgência (SU) Polivalente é proporcionar a continuidade dos cuidados, fator determinante na efetividade da gestão da doença aguda ou crónica. A perda de informação é uma causa frequente de atrasos nos cuidados e da procura de serviços desnecessários. Objetivo: Identificar a continuação de cuidados no SU adultos. Material e Métodos: num estudo realizado durante o mês de novembro 2015, foram avaliados os episódios do SU, definindo como ausência de continuidade de cuidados os episódios com alta para o domicílio. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, proveniência, cor da triagem de Manchester, causa de admissão administrativa, diagnóstico pela ICD9, destino e recorrência. Foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e o qui-quadrado para valor p< 0.05. Resultados: O número de episódios avaliados foi de 8037. O perfil mais frequente é o de doente do sexo feminino, de 54 anos, que recorre em meio próprio por "lumbago", triada com a cor amarela e orientada à alta para Médico de Família (MF). A continuidade de cuidados representou 50,6% dos episódios; destes 63,7% foram enviados para o MF, 36% foram encaminhados para cuidados diferenciados e faleceram 0,3%. A recorrência global ao SU foi de 10,9%. Os determinantes associados aos episódios sem continuidade de cuidados foram grupo etário não idoso (RR = 1.22; IC = 1.16 a 1.28), a causa traumática (RR = 1.49; IC = 1.36 a 1.63), baixa gravidade (RR = 1.27; IC = 1.21 a 1.33) e recorrência ao SU (RR = 1.94; IC = 1.70 a 2.21). Conclusões: O perfil do episódio sem continuidade de cuidados do SU é o não idoso que recorre por traumatismo de gravidade ligeira; estes doentes são maiores utilizadores do SU. Neste tipo de episódio uma boa comunicação e coordenação, entre cuidados verticalizados, proporciona melhoria na continuidade de cuidados e desbloqueia o congestionamento do SU.

CO-46-06

ANTIBIOTERAPIA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Yolanda Martins, Heloísa Ribeiro, Luís Pedro Tavares
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE DE SANTA MARIA DA FEIRA.

Introdução : Os antibióticos são muito usados em ambiente hospitalar. Objetivo: Caraterizar a antibioterapia no serviço de Medicina Interna (SMI). Métodos : Estudo prospetivo com todos os doentes que realizaram antibioterapia em 2015 no SMI. Formulário sobre o âmbito da prescrição (profilaxia, tratamento empírico ou dirigido), contexto clínico [infeção da comunidade (IC), hospitalar (IH) ou associada a cuidados de saúde (IACS)] e sobre o foco de infeção. Resultados: O SMI foi responsável por 35.3% das prescrições de antibióticos (AB) e 21.1% dos internamentos (n=4345) do centro hospitalar. A antibioterapia foi usada em 2667 doentes e 75% dos internamentos. A mediana de idade foi 80 anos e verificou-se discreto predomínio do género feminino (53.9%). As infeções respiratórias (61.4%) e do trato urinário – ITU - (23.3%), justificaram a maioria das prescrições. Não se encontraram diferenças significativas na idade e mortalidade, entre os diferentes tipos de infecções. As ITU foram mais frequentes em mulheres (62,6% versus 37,3%), a antibioterapia dirigida ocorreu em apenas 6.3% dos casos e a prescrição de associações de Beta-lactâmicos/inibidores das Beta-lactamases (BL/iBL) atingiu os 47.4%. As infeções respiratórias foram responsáveis por cerca de metade das IH (n=139) e das IACS (n=325), sendo os Beta-lactâmicos (BL) os antibióticos mais prescritos (65% nas IH e 80% nas IACS). As ITU foram responsáveis por 1/3 das IH (n=86), 40% das IACS (n=270) e 875 prescrições, mais frequentemente associações de BL/iBL (n=279) e Fosfomicina (n=219). O volume de prescrição de Carbapenemos apenas foi significativo nas IH (22%) e a prescrição de Quinolonas foi pequena (3.9%; n=295). Conclusões: Três quartos dos doentes foram submetidos a antibioterapia. As IH e as IACS foram muito frequentes e responsáveis por um volume significativo de prescrição de AB. Os antimicrobianos mais prescritos foram os Beta-lactâmicos, e a prescrição de Carbapenemos e Quinolonas foi pouco frequente

QUINTA-FEIRA -26 - 19H30	AUDITÓRIO IPVC
MODERADORES:	CRISTINA ROQUE JOÃO ARAÚJO CORREIA

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE

CO-47-01

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – UM NOVO MODELO PARA A SAÚDE

João Correia, Rita Nortadas, Pedro Correia Azevedo, Vitória Cunha, Daniela Santos, Raquel Espadaneira, Vânia Teixeira, João Domingos, Fernando Palhim, Rui Saramago, Júlio Veríssimo, Alexandra Dias, Célia Barca, Sara Valente, Sérgio Sebastião, Francisca De
HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Apresenta-se a primeira Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) de doentes agudos em Portugal. A hospitalização domiciliária (HD) tem por missão proporcionar um melhor nível de cuidados de saúde a doentes com patologia aguda ou crónica que necessitem de forma transitória de cuidados de nível hospitalar. São princípios da UHD: voluntariedade na aceitação do modelo, igualdade de direitos e deveres do doente, equivalência de qualidade na prestação dos cuidados, rigor na admissão e no seguimento clínico, humanização de serviços e valorização do papel da família. A HD procura reduzir as complicações inerentes ao internamento convencional, criar um entorno mais favorável ao doente durante o internamento, valorizar o papel da família/cuidador, e prevenir a rejeição, o abandono e a institucionalização. Esta opção é colocada na admissão do doente ou após estabilização clinica inicial. O fluxograma exige um diagnóstico claro, estabilidade clinica e comorbilidades controláveis no domicílio, e exclui doentes com patologia psiquiátrica aguda, usuários de drogas endovenosas, indigentes e sem-abrigo. Após referenciação, o doente é submetido a avaliação por médico, enfermeiro e assistente social. Integrada no serviço de Medicina Interna, a UHD conta com 4 médicos, 8 enfermeiros, assistente social, farmacêutica, dietista, administradora hospitalar e assistente administrativa; a UHD é responsável pela gestão da medicação do doente e garante cobertura nas 24h em regime de presença física e prevenção. Com início de atividade em novembro de 2015, a UHD conta com mais de 120 doente avaliados, tendo admitido 78. A estadia média é de 8 dias, totalizando 624 dias de internamento. Os diagnósticos principais são semelhantes as de enfermarias de Medicina Interna, e assiste-se a diminuição da taxa de complicações e de reinternamento. A satisfação dos doentes e famílias é elevada. Na avaliação subsequente em consulta externa, a grande maioria apresenta-se clinicamente estável.

CO-47-02

RISCO DE MORTALIDADE ESTIMADA VS OBSERVADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E EVOLUÇÃO DOS SOBREVIVENTES

Luís Costa, Patrícia Vicente, Ana Santos, Filipa Ferreira, Manuel Araújo, Cândida Fonseca, Ana Lynce, Ana Leitão, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA, H.S. FRANCISCO XAVIER, CHLO, NOVA MEDICAL SCHOOL FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA.

INTRODUÇÃO: O agrupador de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs) All Patient Refined (APR) iniciado a 1 janeiro 2015 cria subclasses em cada GDH tendo em consideração as diferentes características dos doentes, procedimentos e episódios de internamento para classificar a severidade da doença (SD) e o risco de mortalidade (RM) intra-hospitalar, ambos categorizados em 4 subclasses (ligeiro, moderado, major e extremo). OBJECTIVOS: Caracterizar a população de um serviço de medicina de um hospital terciário (incluídas três unidades de cuidados intermédios) classificadas pelo GDH nas categorias de risco de mortalidade: major (RM3) e extremo (RM4). Comparar a morte intra-hospitalar observada com os níveis SD em cada uma destas categorias. Quantificar, nos sobreviventes, a taxa de mortalidade e o tempo ocorrido até à morte após a alta hospitalar. POPULAÇÃO E MÉTODOS: Doentes internados consecutivamente entre 1 janeiro e 31 dezembro 2015. Dados obtidos por consulta da base de GDH. Caracterizar demográfica e clinicamente os doentes em cada categoria de RM 3 e 4. Identificação das mortes ocorridas no internamento e após a alta. RESULTADOS: Incluídos 1872 doentes classificados como RM3, 603 (32,2%) e RM4, 129 (6,9%). À saída, o nível de SD foi major em 76,8% doentes com RM3 e extremo em 61,4% com RM4 (p<0,001). A mortalidade intra-hospitalar observada foi, no grupo RM3 e 4, 167 óbitos (17,9% e 45,7% respectivamente). Dessas 2 subclasses, sobreviveram 565 (77,2%) doentes e identificaram-se 94 óbitos (17%) após a alta: 78 (83%) com RM3 e 16 (27%) com RM4. A sobrevida média desses doentes foi de 99dias±88,3dias. CONCLUSÃO: Mais de 1/3 dos doentes apresentou taxa de mortalidade a refletir o risco de morte major e extremo estimado pelo GDH. Os níveis de severidade da doença correlacionaram-se com o risco de morte estimado. Apesar das limitações do estudo na identificação das mortes ocorridas depois da alta hospitalar, as mortes conhecidas ocorreram em média 3 meses após a alta.

CO-47-03

DETERMINANTES DOS NÍVEIS DE SEVERIDADE E DO RISCO DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR ESTIMADA EM MEDICINA INTERNA

Ana Santos, Luís Costa, Patrícia Vicente, Filipa Ferreira, Manuel Araújo, Cândida Fonseca, Ana Lynce , Ana Leitão, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA, H.S. FRANCISCO XAVIER, CHLO, NOVA MEDICAL SCHOOL FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA.

INTRODUÇÃO: A qualidade dos registos clínicos é determinante para a codificação clínica e deve traduzir inequivocamente a prestação de cuidados de saúde oferecida aos doentes internados. A utilização do Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDHs) All Patient Refined (APR) desde 1 janeiro de 2015 permite quantificar melhor a produção hospitalar subdividindo as patologias em 4 níveis de severidade (SD) e de risco de mortalidade (RM). OBJETIVOS: Correlacionar e identificar as diferenças entre os níveis de severidade e risco de mortalidade. POPULAÇÃO E MÉTODOS: Doentes internados num Serviço de Medicina, com três unidades de cuidados intermédios, de um hospital terciário. Dados obtidos a partir da base do GDH-APR de 01 Janeiro a 31 Dezembro 2015. Cada variável SD e RM está categorizada em ligeiro (1), moderado (2), major (3) e extremo (4). Analisaram-se as variáveis que modificam o nível estimado de severidade e de mortalidade intra-hospitalar. RESULTADOS: Incluídos 1872 doentes: 59,1% mulheres, idade média 75,9±14,2 anos. O nível de severidade estimado foi ligeiro (SD1) 10,1%, moderado (SD2) 45,6%, major (SD3) 38,9% e extremo (SD4) 5,3%. No SD 1 o RM mais significativo foi o ligeiro (68,3%), no SD2 o RM moderado (67,1%), no SD3 o RM major (64,1%) e no SD4 o RM extremo (74%). Os doentes com RM1 vs RM4 apresentaram os seguintes indicadores: idade média (61,4vs78,3;p<0,001), número de comorbilidades (6,2vs15,7;p<0,001), consumo médio de procedimentos (9,8vs14,8; p<0,001) e demora média (7,7vs22,2;p<0,001). Não houve diferenças na distribuição por géneros. CONSLUSÃO: O nível de severidade e o risco de mortalidade estimados para estes doentes reflectem as características clinicas da população internada no serviço de medicina, sendo os SD e RM 3 e 4 preponderantemente idosos e muito idosos, com pluripatologia, que condicionam elevado consumo de recursos e demoras médias prolongadas. Este agrupador permite caracterizar melhor a população internada e os recursos mobilizados.

CO-47-04

ESTUDO TRANSVERSAL DO USO DE ANTIBIÓTICOS NUM CENTRO HOSPITALAR - A PROPÓSITO DO DIA EUROPEU DO ANTIBIÓTICO

Heloísa Ribeiro, Yolanda Martins, António José Cruz, Luís Pedro Tavares
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A emergência e propagação da resistência a antibióticos (ATB) constitui um problema mundial, sendo cada vez mais importante usá-los de

forma racional. Metodologia: Estudo transversal observacional incidindo sobre os doentes internados no Dia Europeu do Antibiótico, medicados com ATB, nos diversos serviços do centro hospitalar. Resultados: Dos 324 doentes internados no centro hospitalar no dia 18 de novembro, 136 (42%) estavam sob antibioterapia. Os serviços com maior volume de prescrição eram o de Medicina Interna (MI) (43,3%), Cirurgia Geral (18,3%), Ortopedia (14%) e o de Medicina Intensiva (SMIP) (7,5%). A terapêutica foi instituída por profilaxia cirúrgica (PC) em 14% dos casos e por infeção ativa (IA) em 86% (17,8% com ATB dirigido), mais frequentemente por infeção respiratória (37,8%), urinária (23,9%) e da pele (9,4%). Encontravam-se medicados com um fármaco 101 doentes e os serviços com maior n.º de ATB ativos por doente foram a Pneumologia (2,5), Pediatria e Cirurgia (1,7). Contudo, por episódio de internamento, os serviços com maior n.º de ATB foram a Pneumologia (3), SMIP (UCIP 2,8;UCI 2,5), Cirurgia (2,1), Pediatria e Neurologia (2). Foram usadas penicilinas em 66 casos, cefalosporinas em 44 (23 de 3.ª geração), carbapenemos em 11 e quinolonas em 3 casos. Em 55% dos casos (75 doentes), foram pedidos 121 exames microbiológicos (33 positivos - 27.3%), mais frequentemente exames de urina (n=37; positivo em 23,8%) e hemoculturas (n=29; positivo em 20,5%). Houve 100% de rentabilidade no exame de líquido abdominal. Discussão/Conclusão: Apesar do serviço de MI ter mais doentes sob antibioterapia, os serviços com maior n.º de ATB ativos/doente foram a Pneumologia (terapia antibacilar), a Pediatria e a Cirurgia (maior taxa de infeções hospitalares e de outras associadas a cuidados de saúde). De salientar a baixa rentabilidade observada dos exames microbiológicos, o que condiciona a baixa proporção de doentes com tratamento dirigido

CO-47-05

NOVO AGRUPADOR DO GDH A CONFIRMAR PERCEÇÃO DA GRAVIDADE DOS DOENTES INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

Manuel Araújo, Ana Santos, Luís Costa, Patrícia Vicente, Filipa Ferreira, Cândida Fonseca, Ana Lynce, Ana Leitão, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA, H.S. FRANCISCO XAVIER/CHLO E NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA.

A 1 de janeiro de 2015, entrou em vigor a versão Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) All Patient Refined que constitui uma mais-valia ao diferenciar a produção hospitalar em 4 níveis de severidade e de risco de mortalidade (1-ligeiro;2-moderado;3-major;4-extremo). Os níveis de severidade (NS) refletem a gravidade da descompensação e os recursos utilizados; o risco de mortalidade (RM) a probabilidade de morrer. OBJETIVOS: Caraterizar a população num serviço de medicina de um hospital terciário com três unidades de cuidados intermédios tendo em conta os NS e o RM para os 5 GDHs mais frequentes. POPULAÇÃO E MÉTODOS: Doentes internados consecutivamente no ano de 2015. Análise na base GDH das variáveis: numero doentes; género; idade; demora media; numero médio de comorbilidades/procedimentos e estado à saída. Estudar a relação dos NS e RM com estas variáveis. RESULTADOS: Incluídos 1872 doentes, idade 75,8±14,2 anos; 59% mulheres; demora média 12,6±14,1dias; média comorbilidades 11,2±4,9; média procedimentos 11,2±3,7. Mortalidade intra-hospitalar 231 doentes, 12,3%. Principais GDHs: Insuficiência Cardíaca (IC) 19%, Acidente Vascular Cerebral (AVC) 12%, Pneumonia 9,9%, Sépsis 5,2%, Infeção urinária 4,9%. Os principais NS/RM foram o moderado (2) 45,6%/44,2% e o major (3) 38,9%/32,2%, respetivamente; Número de comorbilidades/procedimentos segundo GDHs: IC 13,1±3,9/10,6±6,8; AVC 7,8±19,6/12,7±2,6; Pneumonias 11,1±4,9/11,6±9; Sepsis 14,7±4,2/13,4±3,9; infecção urinária 11,7±4,4/10,7±3,1. Os grupos mais prevalentes NS/RM foram 2/2 (30,6%), 3/3 (24,1%) e 3/2 (10,4%). CONCLUSÃO: A maioria dos doentes internados no serviço de medicina encontram-se nos níveis de severidade e mortalidade moderado e major. O GDH/ diagnóstico principal mais prevalente foi a IC. Estes dados refletem uma população internada muito idosa, com elevado número de comorbilidades/procedimentos a justificar a necessidade do consumo significativo de recursos humanos e técnicos

CO-47-06

READMISSÕES HOSPITALARES COMO MARCADOR DE QUALIDADE – ANALISE DAS READMISSÕES A 30 DIAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Luís Melo, Joana Caetano, Susana Oliveira
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

Introdução: As readmissões hospitalares são amplamente utilizadas como marcadores de qualidade dos cuidados prestados durante o internamento. Estas podem resultar de ações praticadas ou omitidas no internamento inicial. No entanto, nem todas as readmissões são evitáveis e nem sempre refletem uma pior qualidade de cuidados hospitalares. Outros factores que afectam as readmissões são as condições sociais da população abrangida e a facilidade de acesso aos cuidados de saúde primários. Métodos e Objectivos: Analisámos as readmissões a 30 dias no ano de 2015 num serviço de Medicina Interna com o objectivo de identificar readmissões potencialmente evitáveis. Resultados: Identificámos 94 readmissões (sendo 12 nas primeiras 72h), correspondendo a uma taxa de readmissão a 30 dias de 6%. Subdividimos os doentes em 4 grupos de readmissões: por recorrência da causa inicial (23,4%; n= 22); por descompensação aguda de problemas crónico (9,6%; n=9); por complicação resultante de procedimentos no internamento ou infecção associada aos cuidados de saúde (25,5%; n= 24); e não relacionado com as situações anteriores (41,5%; n= 39). Dos doentes readmitidos às 72h, apenas 4 foram readmitidos pelo mesmo motivo de admissão inicial. Verificámos ainda que 32 doentes (34%) não tinham médico atribuído na sua USF ou UCSP, podendo traduzir maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários. Quanto ao local de readmissão, 75 readmissões ocorreram através do serviço de urgência, 16 através do Hospital de Dia e 3 através da Consulta Externa. Os motivos de readmissão mais frequentes foram insuficiência cardíaca descompensada (n=20) e pneumonia associada aos cuidados de saúde (n=18). Conclusão: Esta análise permite avaliar os motivos de readmissão e identificar quais poderão ser evitáveis, de forma a implementar estratégias preventivas. Verifica-se que existem factores externos que podem condicionar a taxa de readmissão, que isoladamente não reflete a qualidade dos cuidados prestados.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 4**

MODERADORES: **OLGA GONÇALVES**
ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE

CO-48-01

O INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA EM PORTUGAL

A. Vilas-Boas, L. Eça Guimarães, N. Bernardino Vieira
NÚCLEO DE INTERNOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Medicina Interna (MI) tem um papel fulcral no acompanhamento do doente em ambiente hospitalar, apesar disso, em Portugal existe um défice de informação acerca destes doentes. O presente estudo pretende colmatar esta lacuna ao caracterizar o doente tipo internado numa enfermaria de MI. Material e Métodos: Estudo transversal multicêntrico que envolveu 43 hospitais de Portugal. Foram incluídos todos os doentes internados nos serviços de MI participantes no dia 17/12/2015. Colheram-se dados socio-demográficos e clínicos como o índice de comorbilidade, estado funcional e diagnóstico principal. Resultados: Foram incluídos 3284 doentes, 52% do género feminino com idade média de 76 anos (mediana 79 anos). A maioria das admissões foram urgentes e a maioria dos doentes eram provenientes do domicílio, estando apenas 16% institucionalizados. Na escala funcional ECOG 45% dos doentes pontuaram 3 ou 4, significando um considerável grau de dependência. A mediana ao índice de comorbilidade de Charlson foi de 7, indicando um risco relativo de morte de 13. O diagnóstico principal mais frequente foi pneumonia (18%), seguido da insuficiência cardíaca (9%) e enfarte cerebral (7%). Foram

identificadas infeções nosocomiais em 20% dos doentes, das quais 52% com foco respiratório e 37% foco urinário. Cerca de 15% dos doentes tinham sido internados nos 30 dias anteriores e destes 48% foram re-internados pelo mesmo motivo. Quase 9% permaneciam internados a aguardar vaga em unidade de cuidados continuados ou resolução de problema social. Conclusões: Este estudo multicêntrico permite-nos construir uma visão da realidade das enfermarias de MI em Portugal. Predominam os doentes com múltiplas comorbilidades e de idade avançada. A difícil gestão da doença crónica, da pluripatologia, da fragilidade do doente idoso e das carências sociais constituem grandes desafios no quotidiano do internista.

CO-48-02

APLICAÇÃO DE UM SCORE DE RISCO DA MORTALIDADE NO ESTUDO DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Palricas, Sara Nicolau, Margarida Varela dos Santos, Márcia Pinto, Ana Filipa Matos, Sofia Mendes, Luís Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE

OBJETIVOS: A mortalidade é considerada um indicador de qualidade dos serviços hospitalares prestados, com inúmeros fatores a contribuírem para a taxa de mortalidade. Pretende-se aplicar um score de risco de mortalidade e estudar a mortalidade numa população internada num serviço de Medicina Interna. MÉTODOS: Análise retrospetiva dos processos clínico dos doentes falecidos num serviço de Medicina Interna, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2015, com análise do sexo, idade, altura do óbito, doenças associadas ao óbito e pontuação no Simple Clinical Score. RESULTADOS: No período ocorreram 3135 internamentos com 473 óbitos (15,1%).A média etária foi de 82,4 ± 9,9 anos (superior nas mulheres) e 54% eram mulheres. 19% dos óbitos ocorreram até às 24horas, 14% entre as 24 e as 72horas e 67% acima das 72horas, com uma média de internamento de 13 dias. No 1º trimestre do ano ocorreram 33% dos óbitos, no 2º 22%, no 3º 24% e no 4º 21%. As doenças mais frequentemente associadas ao óbito foram as do aparelho respiratório (41%), as neoplásicas (17%) e as do aparelho circulatório e urinário (16% cada). No Simple Clinical Score 4% pontuava no risco muito baixo, 7% no risco baixo, 10% no risco médio, 24% no risco elevado e 55% no risco muito elevado. A média etária era superior nas classes de elevado risco. As doenças do aparelho respiratório eram mais frequentes nas classes de elevado risco e as neoplasias nas de menor risco. CONCLUSÃO: A aplicação de um score de risco de mortalidade permitiu demonstrar que a maioria destes doentes se enquadraria em classes de elevado risco de mortalidade. A idade e as doenças associadas à mortalidade contribuíram para a divisão dos doentes nas diferentes classes de risco.

CO-48-03

REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E A MORTALIDADE

André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população gerou a necessidade de criar estruturas de suporte, devido ao expectável aumento da procura de cuidados continuados e paliativos. OBJECTIVOS: Avaliar a mortalidade dos doentes que aguardam integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo, com análise de 184 doentes internados num serviço de Medicina Interna, referenciados à RNCCI em 2014 e 2015. Análise comparativa entre o grupo de mortalidade (G1) e de sobreviventes (G2). RESULTADOS: (1) Verificaram-se 36 óbitos (19,7%); (2) em G1 a idade média foi de 81,7±8 anos (vs78,5; p=0,041), o género feminino foi mais prevalente (52,8%; p=1,0). (3) O G1 tinha mais comorbilidades (4,1±2,5vs3,7±2,1; p=0,318): hipertensão arterial (58,3%), neoplasia (52,8%), diabetes tipo 2 (33,3%), doença renal crónica (27,9%) e insuficiência cardíaca (25%); e (4) apresentava maior risco de aspiração (52,8%; OR 2,029 [1,13-3,62]; p=0,02) e de úlcera por pressão (88,9%; OR 2,76 [1,03-7,4]; p=0,032). (5) Os motivos de internamento no G1 foram infecção (50%) e neoplasia (25%), (6) e a maioria foi referenciado à RNCCI para gestão terapêutica (77,8%; p=0,415), controlo sintomático (58,3%; p<0,001), manutenção de dispositivos (38,9%) e reabilitação motora (25%; p=0,085). (7) O tempo até à referenciação foi de 14,6±8,6 dias (vs13,2±11,1 no G2; p=0,437) e até à alta hospitalar de 13,8±19,2 dias (vs20,4±29,7; p=0,115). (8) O G1 foi mais referenciado para Unidade de Cuidados Paliativos (47,2%; p<0,001) e Unidade de Longa Duração (27,8%). (9) A mortalidade foi maior nos doentes que aguardavam no hospital (60,6%; p<0,001), sendo inferior em lar (24,2%) e domicilio (15,2%). CONCLUSÃO: O grupo da mortalidade era mais idoso, com mais comorbilidades e maior dependência, não sendo superior o tempo até referenciação ou alta. Os motivos de referenciação refletem a preocupação da continuidade dos cuidados de saúde com segurança e conforto do doente.

CO-48-04

ANÁLISE COMPARATIVA DA EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Joana Ricardo Pires, Sara Pinto, Mariana Teixeira, Filipa Coroado Ferreira, Filipa Sousa, Clarinda Neves, Rosa Jorge
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A mortalidade é um dos indicadores de qualidade dos cuidados prestados num Serviço de Medicina Interna. Os autores, constatando um aumento da taxa de mortalidade nos últimos anos, delinearam um estudo com o objetivo de identificação de aspetos que possam melhorar os cuidados. Assim, realizaram um estudo retrospetivo e multivariável dos óbitos ocorridos no primeiro trimestre de 2014 e 2015, num serviço de Medicina Interna de um centro hospitalar médico-cirúrgico. Nos períodos referidos, registaram-se 206 e 285 óbitos respetivamente. Em ambos os anos os diagnósticos principais mais frequentes incluíram os grupos das doenças do aparelho respiratório e circulatório (p=0.17). Comparando com os doentes não falecidos, verificou-se que os doentes falecidos em ambos os anos apresentaram uma idade média superior (82.8±10.34 /84.38±8.99 anos, p<0.00, mediana=85) e um maior número de diagnósticos finais (10.70±4,45/9.98±4.27 p<0.00). Na análise comparativa dos óbitos entre os dois anos, verificou-se que a distribuição do género não apresenta diferença significativa (p=0.384), assim como prevalência de hipertensão arterial (p=0.55), diabetes mellitus (p=0.27), dislipidemia (p=0.28), insuficiência cardíaca (p=0.069), doença pulmonar crónica (p=0.819), fibrilhação auricular (p=0.48) e neoplasias (p=0.728). Pelo contrário, a doença aterosclerótica (p=0.01) foi mais prevalente em 2014 e a polimedicação (p=0.039) em 2015. Relativamente ao grau de autonomia também se verificou diferença estatisticamente significativa, sendo que os falecidos totalmente dependentes eram 52,4% e 65,5%, em 2014 e 2015, respetivamente (p<0.00). Entre os dois anos a distribuição entre tempo médio de internamento, a mortalidade nos diferentes dias da semana e a hora a que ocorreram os óbitos não obtiveram diferença estatisticamente significativa. Na nossa população, a idade média superior e um maior grau de dependência são aspetos que podem explicar uma evolução gradativa da mortalidade.

CO-48-05

O IMPACTO DE DOIS ANOS DE INTERVENÇÃO SOCIAL NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Marcos Mesquita, Afonso Rodrigues, Fátima Ferreira, Catarina Pires, Teresa Ferreira, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL – HOSPITAL DE SANTA MARTA / SERVIÇO DE MEDICINA – UNIDADE FUNCIONAL 4

INTRODUÇÃO: A integração de todos os agentes de saúde na relação dos utentes com as instituições é fundamental para a optimização dos recursos hospitalares. O Serviço Social (SS) permite reconhecer e solucionar situações de precariedade socioeconómica, que se reflectem negativamente na saúde dos doentes. MÉTODOS: Foi realizado um estudo retrospectivo sobre os doentes alvo de intervenção do SS num serviço de Medicina Interna entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2014, através da contabilização do Número Episódios de Urgência (NEU), Número de Internamentos (NI) e

Número de Dias de Internamento (NDI) nos 12 meses antes e depois da intervenção do SS e da caracterização da resposta social prestada. Foram excluídos doentes que faleceram durante o internamento ou nos 12 meses seguintes. RESULTADOS: Durante o período seleccionado estiveram internados 2116 doentes, dos quais 343 foram alvo de intervenção do SS. Destes, verificou-se o óbito durante o internamento ou nos 12 meses seguintes de 79, tendo sido excluídos. O estudo incidiu sobre 264 doentes [Feminino (F): 145, Masculino (M): 119], com uma idade média de 76 anos (F: 78, M: 73). A média de NEU antes da intervenção do SS era de 2,76 episódios/doente, de NI de 1,56 internamentos/doente e NDI de 30,7 dias/doente. Verificou-se uma redução no NEU de 1,3 episódios/doente [Total (T) = -342], no NI de 0,93 internamentos/doente (T = -246) e no NDI em 22,5 dias/doente (T = -5951). A intervenção do SS caracterizou-se pelas seguintes respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário (36%), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (22%), Lar de Idosos (12%), Mediação Familiar (8%), Apoio Assistencial (5%) e Outros (17%). CONCLUSÃO: O SS permite optimizar a relação dos utentes com os Serviços de Saúde, com redução significativa dos custos e recursos económicos e humanos, não devendo ser subestimado o seu impacto nesta melhoria dos serviços prestados, e consequentemente na qualidade de vida da população abrangida.

CO-48-06

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONHECER O PRESENTE PARA PENSAR O FUTURO

Leonor Matos, Mariana Gonçalves, Joana Graça, Margarida Proença, Manuel Araújo, Ana Lynce, Maria Dulce Gonçalves, Ana Leitão, Arturo Botella, Cândida Fonseca, Luís Campos
SERVIÇO MEDICINA III; HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Introdução:A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), incorporada no Serviço Nacional de Saúde, constitui um modelo inovador de intervenção. Centrada na prestação individualizada e humanizada de cuidados de saúde e apoio social, promove a autonomia e funcionalidade do doente. Objetivos:Caracterizar a população referenciada à RNCCI, avaliar tempos de referenciação, resposta, taxa de aceitação, identificar falhas com margem para melhoria do processo. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico, que incluiu os doentes referenciados à RNCCI no serviço de Medicina Interna de um hospital terciário, de 2012 a 2015. Resultados: Incluídos 397 doentes, 55,9% mulheres, idade média 77,73 anos. Registaram-se 66 referenciações em 2012, com um aumento para 170 em 2015. Dos 397 episódios, 152 (38,3%) foram cancelados, com duplicação de cancelamentos nos 2 últimos anos (24% 2012 vs 40% 2015). O diagnóstico principal mais frequente foi Acidente Vascular Cerebral (AVC) (32%). O tempo médio decorrido entre o internamento hospitalar e o pedido de referenciação foi de 13 dias (Min 0, Max 94, D.Padrão 13), sem alteração nos anos do estudo, contrariamente ao tempo médio entre a alta hospitalar e entrada na RNCCI (46 dias em 2012 e 21 em 2015). Relativamente à tipologia de cuidados requerida, 26,2% foram Unidade Média Duração (UMD), 25,2% Convalescença, 23,3% Cuidados domiciliários. De salientar que 41% das referenciações para UMD foram de AVC. Conclusão:A referenciação de doentes a RNCCI reflete o envelhecimento da população, sendo AVC o principal diagnóstico. Verifica-se um número crescente de pedidos, mas tempos de referenciação e espera inaceitavelmente elevados. A agilização deste processo traduzir-se-á em cuidados de saúde de maior qualidade, em tempo útil e com impacto económico. A aplicação de questionários e algoritmos à admissão, integrados numa avaliação multidisciplinar e dinâmica, será fundamental no desenvolvimento da estratégia enunciada.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 | **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5**

MODERADORES: ANA LISA; JOÃO SEQUEIRA

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

CO-49-01

UM EVENTO POUCO FREQUENTE NA DREPANOCITOSE – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Ana Moreira, Rodrigo Maia Alves, Pedro Ventura, Sonia Canadas, Paulo César Robredo, Pedro Vieira, Adriano Cardoso, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS, SERVIÇO MEDICINA A

Introdução: A drepanocitose é uma doença crónica com elevada taxa de complicações. A prevalência do acidente vascular cerebral (AVC) encontra-se aumentada nestes doentes, dando-se especial ênfase aos hemorrágicos pela elevada taxa de mortalidade. Descrevemos dois casos clínicos de drepanocitose associada a eventos cerebrovasculares hemorrágicos. MRGM, 21 anos, raça negra, admitido por prostração com 2 dias de evolução. Apresentava quadro de desorientação e hemiparésia esquerda (força muscular (FM) 1/5). A tomografia computorizada craneo-encefálica (TC-CE) revelou hematoma epidural parietal direito e isquémia do território da artéria cerebral média direita. Foi submetido a drenagem por craneotomia com recidiva hemorrágica que requereu drenagem adicional. Apresentou uma evolução clínica favorável com recuperação parcial da FM (4/5) após reabilitação motora. BMGF, 23 anos, raça negra, com episódio prévio de Síndrome torácico agudo (STA) 2 anos antes. Internado por crise vaso-oclusiva complicada de infeção respiratória. No seguimento de agravamento do quadro respiratório acabou por ser admitido em Unidade de Cuidados intensivos (UCI) por suspeita de STA. Boa evolução após 2 exsanguíneotransfusões, tendo regressado à enfermaria. Posteriormente inicia cefaleias de predomónio frontal, pulsáteis, com fotossensibilidade, associadas a picos hipertensivos e náuseas, sem outras alterações neurológicas. Durante a TC-CE evoluiu com depressão do estado de consciência com necessidade de entubação e ventilação mecânica. A TC-CE revelou volumosos hematomas parenquimatosos lobares, com inundação ventricular condicionando desvio das estruturas da linha média. Foi transferido para a UCI de Neurocirurgia verificando-se o óbito nas 24h seguintes. Conclusão: Apesar de infrequentes, os acidentes vasculares hemorrágicos apresentam uma elevada taxa de morbilidade e de mortalidade. Salienta-se a necessidade de um reconhecimento e intervenção rápidos para evitar um desfecho desfavorável.

CO-49-02

PANCITOPENIA – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Daniela Alves, Bogdan Kachan, Carolina Carboni, Paulina Mariano, Eufémia Calmeiro, Rosa Silva
HOSPITAL AMATO LUSITANO

INTRODUÇÃO: A OMS define pancitopenia (PAN) como a coexistência no sangue periférico de Hb<13g/dL (homens) ou <12g/dL (mulheres), leucócitos <4G/L e plaquetas<150G/L. Apesar de serem raros os estudos epidemiológicos acerca desta condição, o conhecimento da sua prevalência e investigação da etiologia subjacente são fundamentais para uma correta abordagem.
OBJECTIVO: Avaliação dos casos de PAN internados num Serviço de Medicina Interna. MÉTODOS: Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes que apresentavam critérios de PAN, internados num Serviço de Medicina Interna no ano de 2014. RESULTADOS: Neste período, estiveram internados 5583 doentes, 2,7% (n=151) com critérios de PAN (66% homens; idade média 71,2±15,3 anos). Existiu diferença significativa entre os doentes com e sem PAN no que respeita ao tempo de internamento (13,1±12 vs 9,6±9,7 dias; p=0.001), mas não à taxa de mortalidade (15,22% vs 15,23%; p=NS). Os principais motivos de internamento foram a infeção (49%), a hepatopatia (17%) e a neoplasia (7%), sendo a PAN em apenas 4% (n=6). As principais comorbilidades foram a insuficiência cardíaca (40%), a doença renal crónica

(41%) e a hepatopatia (33%). Analiticamente apresentavam (média±DP) hemoglobina=9,5±1,5g/dL, leucócitos=2,9±0,9G/L e plaquetas=88,2±37,2G/L. Existia défice de ferro (FE), folato (FOL) e cobalamina (B12) em 16%, 9% e 2% dos casos, respetivamente. A abordagem baseou-se na suplementação com FE (18%), FOL (26%), B12 (12%), eritropoietina (7%), G-CSF (4%) e transfusão com concentrado de eritrócitos e/ou plaquetas (24%) e gestão das comorbilidades. As principais etiologias para a PAN foram a infeção (33%), a hepatopatia (25%) e a neoplasia (14%). À data da alta, apenas 7% dos doentes mantinham critérios de PAN. CONCLUSÃO: A PAN é uma condição relativamente frequente e sub-diagnosticada, raramente constituindo o motivo de internamento. Na maioria dos casos é decorrente da patologia de base dos doentes, resolvendo com o tratamento desta.

CO-49-03

TROMBOFILIAS - CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Sara Almeida Pinto, Ricardo Fernandes, Inês Rueff Rato, Daniela Martins-Mendes, Vitor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

INTRODUÇÃO: As trombofilias são perturbações na hemostase que conduzem a uma tendência hereditária ou adquirida para a ocorrência de fenómenos trombóticos venosos ou arteriais. OBJECTIVOS: Caracterizar a população com trombofilia seguida na consulta de Medicina Interna durante um período de 4 anos. MATERIAL E MÉTODOS: Foi efectuada uma análise retrospectiva das trombofilias seguidas na consulta de 2013 a 2016, correspondendo a um total de 36 casos. RESULTADOS: De um total de 36 doentes, 69,44% são mulheres e 30,55% são homens, a média de idades é de 47,1 anos, a mediana é 46,5 anos, sendo a mínima 18 anos e a máxima 80. Cerca de 66,66% iniciaram o seguimento na consulta por terem sofrido eventos trombóticos, 30,55% devido a história familiar de trombofilia e 2,77% por outros motivos. Verificou-se que a heterozigotia do gene metilenotetrahidrofolato reductase (MTHFR) tá presente em 52,77% dos doentes, a heterozigotia do factor II em 22,22%, a heterozigotia do gene inibidor do ativador do plasminogénio (PAI-1 em 22,22%, o défice de Proteina S em 19,44%, a homozigotia do gene MTHFR em 13,88%, o défice da Proteina C em 8,3%, défice de Antitrombina em 5,55% e a heterozigotia do Fator V Leiden em apenas 5,55% dos doentes. A Síndrome dos Anticorpos Antifosfolipídicos esteve presente em 2 doentes. Relativamente aos eventos trombóticos, 44,44% dos doentes tiveram tromboembolismo venoso profundo, enquanto cerca de 22,22% sofreram tromboembolismo pulmonar. CONCLUSÕES: A heterozigotia do gene MTHFR é a mutação hereditária mais frequente na amostra, o que está de acordo com a elevada prevalência na população. A heterozigotia do factor II é a mutação hereditária com significado clínico mais frequente na amostra estudada. Os défices das proteínas S e C são muito mais frequentes na amostra relativamente à população em geral, enquanto o défice do factor V de Leiden, a mutação com significado clínico mais frequente em caucasianos, é a mutação menos prevalente nesta amostra.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 | **ESCOLA DE HOTELARIA - SALA 5**

MODERADORES: ANA LISA, JOÃO SEQUEIRA

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS

CO-49-04

HIPERTENSÃO - APONTA DO VÉU DE UMA DOENÇA SISTÉMICA RARA

Margarida Cortes, Patrícia Aranha, Friederika Fluck, Tânia Vassalo, Rafael Santos, Madalena Rio, Inês. Silva, Brito Avô, Ducla Soares
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

A amiloidose engloba várias entidades, classificadas segundo aspectos bioquímicos e clínicos, que partilham entre si o facto de produzirem substância amilóide que se deposita nos tecidos, cujas características e localização determinam o fenótipo desta doença com implicações graves para a saúde. Doente do sexo masculino, 45 anos de idade, sem antecedentes médicos de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência, referenciado pelo médico de família, com quadro de edema dos membros inferiores (MIs) com 3 meses de evolução, e hipercalémia associada. Sem outras queixas. O exame objectivo apenas revelou hipertensão arterial (HTA) (194/110mmHg), taquicardia (110bpm), e edema distal de ambos os membros inferiores até ao terço médio da perna. Após a realização de exames complementares de diagnóstico, comprovou-se a hipercalémia (6,0mmol/L) e lesão renal (Ureia- 64mg/dL; Creatinina- 2,12mg/dL) que motivou o seu internamento para tratamento e estudo da hipertensão. À reavaliação analítica, verificou-se proteinúria na faixa nefrótica (4,14g/24h) com hipoproteinemia (5,6g/dL) e hipoalbuminemia (3,0g/dL) secundária associada, que direccionou a investigação para causas de hipertensão secundária. A ecografia renal mostrou afectação de ambos rins, com diminuição da diferenciação do parênquima e aumento da ecogenicidade dos mesmos. Ecodoppler renal: estenose bilateral com compromisso hemodinâmico. A imunoelectroforese das proteínas e biópsia da gordura suprapúbica revelaram-se infrutíferas. Altura em que se solicitou biópsia renal, a qual veio a revelar depósito de amilóide. À análise posterior verificou-se ser do tipo Proteína Sérica Amilóide A, causadora de um dos três principais subtipos de amiloidose, denominado como Amiloidose AA, Secundária ou Reactiva. Os autores seleccionaram este caso, devido à sua raridade do ponto de vista epidemiológico, e por se tratar de uma doença sistémica e progressiva, alertar para o diagnóstico que se impõe precoce dado o seu prognóstico sombrio.

CO-49-05

CASUÍSTICA DE LADA NUMA UNIDADE INTEGRADA DE DIABETES

Adriana Roque, João Gonçalo Frade, Rita Alves, Adélia Simão, Fernando Rodrigues, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, HEMATOLOGIA CLÍNICA E PATOLOGIA CLÍNICA; CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

Introdução: A diabetes autoimune latente do adulto (LADA) é uma doença autoimune (DAI), com deficiência de insulina por destruição progressiva dos ilheus pancreáticos. Pode ocorrer em 2 a 12% dos doentes com DM2 e tem uma prevalência de 4 a 7% nos adultos europeus. O diagnóstico baseia-se nos critérios de Fourlanos de 2006: idade superior a 30 anos; positividade para pelo menos um dos auto-anticorpos identificados na DM1, ausência de necessidade de insulinoterapia nos primeiros 6 meses após o diagnóstico, história pessoal ou familiar de outras DAI. A presença de pelo menos duas destas características clínicas justifica o pedido de anticorpos anti-glutamato descarboxílase (GADA). Na LADA os anticorpos anti-insulina (IAA) são raros enquanto os GADA são característicos, mas podem tornar-se negativos ao longo do tempo. A presença combinada de Acs IAA, GADA e anticorpos anti-insulinoma associados associados ao antigénio-2 (IA-2) em membros da família traduz um risco de diabetes a 5 anos de 75%. Métodos: estudo retrospectivo da colheita de dados de processos clínicos de doentes seguidos na Unidade Integrada de Diabetes. Resultados: identificaram-se 14 doentes com idade média ao diagnóstico de 45 anos, 8 do género masculino. Apresentavam um IMC médio - 23 kg/m2. Todos os doentes apresentavam titulos de GADA> 1U/ml (máximo 80.6U/L). Todos os doentes foram medicados com insulina pelo menos um ano após o diagnóstico. Em 8 doentes verifica-se a presença de outras DAI, a mais frequente tiroidite (6 dos 14), um com psoríase e outro com Ac. Anti-musculo liso positivos. Conclusão: a LADA pode ocorrer em adultos com fenótipo de DM2. Este diagnóstico é importante pela necessidade precoce de insulinoterapia e pela associação com outras DAI. A presença de anticorpos anti tiroideus pode predizer elevado risco para disfunção da tiroide em doentes LADA, os quais podem ser componentes do síndrome poliglandular autoimune.

CO-49-06

DA FLUTICASONA À HIPOGLICEMIA - UM CASO DE INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL TERCIÁRIA

Pedro Vieira, Andreia Póvoa, Sónia Canadas, Gonçalo Samouco, Marcos Oliveira, Francisco Morgado,nDarlene Afonso, Paulo Zoé Costa, Rodrigo Maia Alves, Ana Teresa Moreira, Rita Fernandes, Joao Correia.
HOSPITAL DE SOUSA MARTINS EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A insuficiência supra-renal (ISR) terciária é uma causa comum

de ISR. Resulta da produção inadequada ou diminuição de cortisol secundária à exposição do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal a glucocorticóides exógenos. Estes fármacos podem ser administrados sob diversas formulações, quer sejam oral, endovenosa ou inalada. OBJETIVO: Apresentação de um caso de insuficiência supra-renal terciária após fluticasona. CASO CLÍNICO: Homem, 50 anos, fumador 30 UMA, asmático, com história prévia de tuberculose na infância. Apresentou vários internamentos por agudização de asma, secundária a infeções respiratórias/má compliance terapêutica. Medicado cronicamente com Salmeterol/propionato de fluticasona 50/500 µg/dia. Durante internamento por sigmoidectomia eletiva por neoplasia, é solicitada a avaliação por Medicina Interna por presença de hipoglicemias 50-60mg/dL e hiponatrémia 126mmol/L. Apresentava-se asténico, sem alterações de relevo ao exame objetivo. Verificada suspensão da medicação crónica. Excluída infeção, jejum, perdas gastro-intestinais ou fármacos com repercussão no eixo supra-renal. ACTH e cortisol em jejum compatíveis com ISR. Osmolalidade e sódio urinários normais. Prova de cosintropina negativa. Iniciou ciclo de prednisolona 10mg e retomou fluticasona. Resolução das alterações. Programado desmame progressivo de corticóide oral, até à sua suspensão. Repetiu estudo analítico e verifica-se ressurgimento do novo quadro de hipoglicemia e hiponatrémia graves. CONCLUSÃO: Este caso alerta para os riscos de administração prolongada de corticóides inalado, verificando-se contudo elevado nível de variabilidade individual. A evidência mostra que a fluticasona, principalmente em doses ≥500 µg/dia e durante período prolongado, está associada a elevado risco de ISR terciária.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 — **AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA**

MODERADORES: **PAULA FELGUEIRAS**, **MARIA ROSÁRIO RODRIGUES**

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

CO-50-01

A REALIDADE DA DOENÇA ONCOLÓGICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CASUÍSTICA DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL

Tatiana Cunha Pereira, Patrícia Afonso Mendes, Rui Pina, Gabriela Sousa, Rui Santos, Armando de Carvalho
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA - SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA; CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

A doença oncológica, com prevalência crescente, num país envelhecido, tem-se mostrado desafiante na realidade hospitalar pelo grau de exigência na abordagem de um doente oncológico como um todo, dogma máximo num Serviço de Medicina Interna (SMI). Para caracterizar os doentes oncológicos, consideraram-se todos os internamentos no SMI com alta a 2014, com diagnóstico ativo de neoplasia maligna, registando-se sexo, idade, duração de internamento e destino após a alta. Existiram 897 internamentos, englobando uma taxa de 20.5% (n=134) de reinternamentos, num total de 713 doentes, com uma média etária de 74.8 anos e 61.4% do sexo masculino, com uma média de internamento de 10.6 dias. Dos internamentos registados, 47.5% (n=428) deveram-se a diagnóstico primário de neoplasia maligna, incluindo 11.7% com o diagnóstico de doença metastática e uma taxa de mortalidade de 30.8%. As cinco causas oncológicas mais frequentes foram a neoplasia primária hepática com 14.72% (n=63) e cancro colo-rectal com igual percentagem, seguidas de neoplasia do pâncreas com 7.94% (n=34), 6.78% de neoplasia gástrica (n=29) e 6.07% (n=26) com metastização hepática. Dos doentes com diagnóstico primário de neoplasia 34.6% tiveram alta para o domicílio, 27.6% foram orientados para Consulta Externa/Hospital de Dia, 3.3% integrados na rede de Cuidados Paliativos/Cuidados Continuados e 2.8% foram transferidos para outro hospital, como o Instituto Português de Oncologia (IPO) (83.3% das transferências). Dos doentes internados com diagnóstico secundário de neoplasia, verificou-se uma menor duração de internamento (média de 10.1 dias) e menor taxa de mortalidade (21.1%). Os dados apresentados espelham o impacto dos doentes oncológicos num SMI, com internamentos prolongados, alta taxa de mortalidade no diagnóstico inicial, mas com aparente falta de informação sobre a orientação após alta, num SNS com recursos limitados, mas com o dever de proporcionar os melhores cuidados a cada doente e em cada momento.

CO-50-02

NEOPLASIAS E INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – A EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE MEDICINA

António Ferreira, Joana Serôdio, Pilar Laguna, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

Introdução: A terapêutica antiretrovírica veio prolongar a sobrevida dos doentes com infeção pelo VIH, e neste contexto, associadamente ao envelhecimento desta população, houve um aumento das neoplasias não associadas ao VIH, sobretudo linfomas Hodgkin, neoplasias cutâneas e pulmonares. Por outro lado, ocorreu uma diminuição dos tumores definidores de SIDA. A idade avançada, baixas contagens de células CD4+, co-infeções e exposição tabágica são fatores predisponentes ao desenvolvimento de neoplasias. Material e Métodos: Avaliação do número de neoplasias malignas e fatores de risco associados em doentes com infeção por VIH seguidos numa consulta de Medicina, no período entre 2010 e 2015, através da revisão e análise de processos clínicos. A análise dos dados estatísticos foi realizada com o programa SPSS v23. Resultados: Dos 238 doentes avaliados, foram identificados 26 neoplasias malignas (10,9%), 4 doentes com tumores benignos (1.6%) e 5 doentes (2.1%) com alterações histológicas de displasia. A idade média foi de 54,1 anos (31,4% dos doentes com idade superior a 65 anos), predomínio do sexo masculino (65,7%) e, em 40%, presença de hábitos tabágicos. Foram identificadas 8 neoplasias definidoras de SIDA (6 Sarcomas de Kaposi e 2 Linfomas não Hodgkin) e 18 neoplasias não definidoras de SIDA (Pele: 5; Hematológicas: 3; Colo-uterino: 3; Próstata: 2; Laringe: 2; Vesícula: 1; Bexiga: 1; Neuroendócrino: 1). O tempo médio entre o diagnóstico de infeção VIH e neoplasia foi de 7,44 anos. Em 7 doentes o diagnóstico de neoplasia e infeção VIH foi simultâneo. A contagem de CD4+, no diagnóstico da infeção VIH, foi inferior a 200 células em 60,9% dos doentes. Durante o follow-up, 4 doentes tiveram diagnóstico de segunda neoplasia, 3 doentes apresentaram recidiva da neoplasia inicial, e ocorreram 6 óbitos. Conclusão: O diagnóstico precoce de infeção VIH associada à realização de rastreio oncológico são cruciais para o diagnóstico atempado de neoplasias nesta população.

CO-50-03

HEPATOMEGALIA MACIÇA COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE LINFOMA DE BURKITT ASSOCIADO A INFEÇÃO VIH - IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ´FULMINANTE´

Rute Alves, Inês Henriques Ferreira, Rita Dias, Raquel Faria, Isabel Almeida, Fátima Farinha, João Araújo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Os linfomas não Hodgkin associados a infeção VIH são tipicamente linfomas B de alto grau em estadio avançado. O linfoma de Burkitt (LB) associa-se a contagens CD4 superiores às comummente observadas no mais comum sarcoma de Kaposi. Ainda, pelo crescimento fulminante, exige diagnóstico e tratamento imediatos. Apresentamos um homem com diagnóstico inaugural de infeção VIH1-C2 e LB por hepatomegalia maciça, disfunção hepatocelular (DHC), sintomas B e síndroma de lise tumoral (SLT) espontâneo. Homem, 66 anos, dor abdominal intensa nos quadrantes superiores e hipersudorese há 4 dias. À admissão ECOG-0, diaforese, hepatomegalia dolorosa avançando a linha média, linfopenia ligeira, hepatite citocolestática, elevação marcada da DHL. TC: hepatomegalia homogénea 23cm, adenopatias retroperitoneais superiores. ELISA-VIH positivo (VIH-1, 330CD4/uL, CV 461000cópias). Perante remota possibilidade de síndroma antirretroviral agudo sintomático e principalmente pela forte suspeita de linfoma associado a VIH, iniciada terapia antirretroviral (TARV) nas 1ªs 12h (considerando valor prognóstico do rápido controlo da virémia). Drástica evolução nas primeiras 48h da DHC e SLT espontâneo. Biópsia hepática às 36h de admissão: LB, Ki-67>95%.

Iniciou rasburicase e quimioterapia (QT) de imediato com CVP (ciclofosfamida, vincristina, prednisolona) com franca melhoria das disfunções e possibilidade de alta ao 7ºdia. Evolução favorável sob R-CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisolona, rituximab) e TARV em ambulatório. Após 5º ciclo QT surgem cefaleias frontais e diplopia (parésia bilateral VI par) sem LOE cerebrais e com líquor inflamatório linfocítico em estudo neste momento, representando muito provável envolvimento cerebral pelo LB. Pretendemos alertar para a importância de considerar o LB no estudo de hepatomegalia maciça rapidamente progressiva e descartá-lo/confirmá-lo de forma emergente, só assim podendo aceder a uma fugaz janela de oportunidade terapêutica.

CO-50-04

CARCINOMA LOBULAR INVASOR DA MAMA – ESTUDO RETROSPETIVO

Ana Rita Cambão, Ana Sofia Costa Matos, Fernando Correia, Ana Nascimento, Luísa Azevedo, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: O cancro da mama é o tumor maligno mais frequente na mulher. A maioria são adenocarcinomas, sendo o carcinoma ductal invasor o mais frequente, seguido do carcinoma lobular invasor (CLI), responsável por 5-15% dos carcinomas invasores da mama. Objetivos: Análise retrospetiva dos casos de CLI abordados nos últimos 10 anos numa unidade hospitalar, analisando as principais variáveis condicionantes do prognóstico, a sobrevida global e sobrevida livre de progressão aos 5 anos e locais de metastização. População e métodos: Realizada consulta de processo clínico de 68 utentes com diagnóstico de CLI da mama entre 1-01-2005 e 1-01-2015, com processamento de dados com SPSS. Resultados: A média de idades da população em estudo foi 62,3 anos, sendo 98.5% do sexo feminino. Os estadios mais frequentes ao diagnóstico foram os estadios I (26,5%) e IIA (20,6%). Imunohistoquimicamente a maioria dos tumores apresentava recetores hormonais positivos (estrogénio-79,4%; progesterona – 76,5%) e não expressavam proteína HER2 (75% negativos). Quanto ao tratamento, 29,4% dos doentes foram submetidos a cirurgia e hormonoterapia e 23,5% submetidos a cirurgia associada a quimio, radio e hormonoterapia. A sobrevida global aos 5 anos foi de 66,2% e sobrevida livre de progressão aos 5 anos de 76,5%. 36,8% dos doentes apresentaram metástases à distância nalguma fase do seu seguimento, sendo os locais mais frequentes o osso e fígado. A destacar casos de metastização no reto, junção gastro-esofágica, ovário, cúpula vaginal, trompa de Falópio, músculos extra-oculares e grande epíplon. Conclusão: A taxa de sobrevida na nossa população foi semelhante à publicada na literatura. Além dos locais habituais, o CLI metastiza com elevada frequência para o trato gastrointestinal e genitourinário. O conhecimento destas manifestações menos habituais é fundamental para distinguir um tumor metastático de uma segunda neoplasia, adequando assim o tratamento.

SEXTA-FEIRA - 27 - 08H00 — **AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA**

MODERADORES: **PAULA FELGUEIRAS**, **MARIA ROSÁRIO RODRIGUES**

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE

CO-50-05

UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PELOS DOENTES IDOSOS INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

Ana Pedroso, Inês Ferreira, Madalena Rosário, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER / CHLO - SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: Existe a ideia de que é necessário reforçar a resposta de Cuidados de Saúde Primários (CSP) para acompanhar os doentes idosos internados. No entanto, pela sua complexidade e equilíbrios instáveis, a abordagem por Medicina Interna (MI) é essencial. Objetivos: Caracterizar o doente idoso internado no serviço de MI, avaliando o recurso a CSP e Cuidados Hospitalares no ano anterior ao internamento, bem como a sua morbimortalidade. Métodos: Estudo retrospetivo, observacional e unicêntrico que incluiu os doentes com mais de 65 anos internados num Serviço de MI num hospital central de nov/2015 a jan/2016. Resultados: Foram incluídos 224 doentes, 69,8% do sexo feminino, com idade média de 82,2 anos. 41,5% dos doentes tinham idade ≥ 85 anos. O grupo de diagnóstico ICD-9 mais comum é o Circulatório, sendo que a média de diagnósticos de doenças crónicas é 5,7. Durante o ano que precedeu o internamento (por grupo etário de 65-84 anos vs 85 ou mais anos), a média de consultas de CSP foi de 2,8 (2,8 vs 2,8), de idas ao Serviço de Urgência foi de 2,8 (2,8 vs 2,7) e de Consultas Hospitalares (CH) foi de 5,2 (2,9 vs 6,8). Verificou-se a média de 1,6 (1,8 vs 1,5) internamentos, com a média de 21,0 (23,1 vs 18,2) dias. Observou-se grande disparidade apenas no recurso a CH. As CH mais utilizadas são Cardiologia (25,5%), MI (24,8%), Oftalmologia (20,7%) e Oncologia (15,9%). 24,9% dos doentes internados morreram no internamento ou no mês seguinte à alta. Conclusão: O doente idoso internado no serviço de MI apresenta elevada multimorbilidade e recorre principalmente aos Cuidados Hospitalares (urgências, internamento ou CH). É de salientar que 1 em 4 doentes da população em estudo morrem no internamento ou no mês pós-alta. Não é possível predizer o impacto que o reforço dos CSP terá na gestão destes doentes, mas a literatura privilegia cuidados integrados com a participação de equipas hospitalares, onde o papel dos internistas é fundamental, bem como o de Cuidados Paliativos.

CO-50-06

AVALIAÇÃO DE SUSTENTATIBILIDADE APLICADA AOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA – ANÁLISE DE STAKEHOLDERS

Sofia Couto da Rocha, Luis Castrelo-Branco, Joana Story
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - SERVIÇO DE MEDICINA 1

Contextualização e Objectivos: A noção de sustentabilidade deve ser aplicada e avaliada em todas as organizações.Os serviços de medicina interna, a "organização"objecto de estudo, são um espelho dos cuidados hospitalares nas suas dinâmicas, resistências e dificuldades. A Stakeholder Theory,originada na literatura empresarial, oferece métodos que permitem avaliações sistemáticas dos vários Stakeholders, e assim perceber e prioritizar as várias partes envolvidas nas actividades especificas da organização. Assim, no caso de um serviço de medicina interna,permite avaliar as relações com outras entidades,o ambiente externo e interno dos serviços e como estes factores influenciam a actividade da organização. Edward Freeman defende que um bom equilibrio entre as várias partes tem como outcome uma maior sobrevida das organizações e uma melhor performance. Método e Avaliação: Aplicaram-se vários tools e frameworks para uma análise de stakeholders a fim de avaliar os Serviços de Medicina Interna dos Hospitais Publicos do nosso país.Opta-se por uma avaliação que englobe os seus traços comuns,que são influenciados pelos triggers de carácter nacional. Resultados e Discussão: Foram identificados e avaliados dez stakeholders, como por exemplo:Pacientes, Prestadores de cuidados de higiene e saúde,Entidades regulamentares e éticas ou o Ambiente. Perceber os triggers que afectam os diversos stakeholders envolvidos, a articulação entre os intervenientes referidos, as suas relações de interdependência e o seu impacto permite não somente entender e optimizar mas também capitalizar em toda a sua dinâmica. Baseado na análise os pacientes devem ser o stakeholder a priorizar,contudo os diversos factores socio-económicos acabam por potenciar conflitos entre os interesses e beneficios dos restantes stakeholders envolvidos. É de salientar que pelo tipo de organização,a articulação é muito impactada por triggers exteriores e pouco resistente ou pro-activa quanto aos aspectos internos.

IMAGENS EM MEDICINA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES | **LCD #1** | **SALA ATRIO**

IMI-01-001

DEDOS TELESCÓPICOS

Marta Oliveira, Vânia Gomes, Márcia Meireles, Fábia Patinha, João Mota, António Marinho
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA

Uma mulher foi diagnosticada com artrite mutilante aos 55 anos, com reabsorção óssea das articulações distais e sinais de doença ativa (figura 1) a condicionar incapacidade importante. Após cirurgia ortopédica, recuperou a capacidade funcional. Atualmente sob metotrexato, realiza atividades da vida diária sem limitações significativas (Figura 2). A hipermobilidade articular permite a tração dos dedos, dando-lhe a aparência de um telescópio (´la main en lorgnette´ ou ´opera-glass hands´).

IMI-01-002

MIOCARDITE ESCLERODÉRMICA

Carla de la Guerra, Ana Moreno, Cristina Goena, Nicolas Gurruchaga
HOSPITAL DE MENDARO, GUIPUZCOA, ESPANHA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E DE CARDIOLOGIA

Mulher de 57 anos com antecedente pessoal de esclerose sistémica, foi internada com sintomas de insuficência cardiaca de dois semanas de evoluçao. O ecoardiograma mostrou cardiomiopatia com disfunçao biventricular. O cateterismo cardiaco direito descartou hipertensão pulmonar e também arterioesclerose coronária. Completou-se o estudo com MRI cardiaca (fig 1) que mostrou edema parcheado e de novo disfunçao biventricular, compativel com miocardite subaguda esclerodermica.

IMI-01-003

PÊNFIGO BOLHOSO PARANEOPLÁSICO NO IDOSO

Teresa Ferreira, Liliana Pedro, Filipa de Azevedo, Carlos Santos, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE – UNIDADE DE PORTIMÃO

O Pênfigo Bolhoso Paraneoplásico é uma doença auto-imune associada a uma neoplasia oculta ou confirmada. Trata-se uma condição auto-limitada que pode durar anos a resolver. Os autores relatam o caso de uma doente de 92 anos com antecedentes de neoplasia da mama esquerda já excisada, trazida à urgência por dermatose de bordos elevados, bolhas de dimensões variadas, sem localização preferencial acompanhadas de prurido. Foi iniciado deflazacorte 45mg com melhoria da sintomatologia.

IMI-01-004

DERMATOSE NEUTROFÍLICA

Joana Sant´Anna, Francisco Rebocho, Francisco Bastida, Tiago Abreu, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPIRITO SANTO, ÉVORA

Mulher 26 anos, sem antecedentes. Dias antes do internamento com febre e odinofagia, medicada com claritromicina. Três dias mais tarde, com exantema em glúteos e membros inferiores. Componentes macular, papular e nodular doloroso, evoluindo paravesículas/bolhas hemorrágicas, com artralgias. Sem febre. Elevação de parâmetros inflamatórios, pro-calcitonina negativa. Biópsia da pele:vasculite leucocitoclástica. Fez corticoterapia com melhoria progressiva. Hipóteses diagnósticas: doença de Beçhet?

IMI-01-005

ESCLERODERMIA LOCALIZADA

Catia cabral, Ilda Coelho
HOSPITAL DE BRAGA

A Esclerose Sistémica (ES) é uma doença reumática crónica caracterizada por alterações vasculares,produção de auto-anticorpos e aumento da produção de tecido fibroso quer na pele, quer em órgãos internos do corpo.A ES pode dividir-se em diferentes grupos nomeadamente na Esclerodermia Localizada.Trata-se de um envolvimento focal da pele e, por vezes, dos músculos. A doente apresentou envolvimento desde os 12 anos sem evolução do atingimento da pele e sem atingimento de outros órgãos.

IMI-01-006

QUANDO A GOTA NÃO É VALORIZADA...

Cátia Cabral, Ilda Coelho
HOSPITAL DE BRAGA

A gota é uma doença reumática inflamatória resultante da deposição de cristais de monourato de sódio.É mais prevalente em homens.A gota é uma doença frequentemente subvalorizada pelo fato das suas crises de artrite, apesar de dolorosas e incapacitantes, serem de curta duração e acontecerem esporadicamente numa fase inicial.Se a hiperuricemia não for corrigida,podem advir graves consequências.É o caso deste doente de 53 anos,com crises de gota de repetição e valores de uricémia mal controlados.

IMI-01-007

ESCLEROSE SISTÉMICA: ASPECTOS SEMIOLÓGICOS E RADIOLÓGICOS

Sara Cameira Croca, Tiago Santos, Igor Miguel Nunes, Leonor Carvalho
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 1-C

Mulher, 67 anos. Diagnóstico de esclerose sistémica sob terapêutica imunossupressora. À observação, destaca-se microstomia (A1), espessamento cutâneo (A2), úlceras e auto-amputação digital (A3). Auscultação com crepitações generalizadas, aumento do tempo expiratório e hipoxémia em repouso. TC torácica com derrame pleural bilateral, espessamento fibrótico periférico e bronquiectasias de retracção à direita e fibrose pulmonar grave com pulmão em favo com marcada perda de volume à esquerda (B).

IMI-01-008

ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Adelaide Spínola, Miriam Freitas, Ana Costa, Susana Gomes, Rafael Freitas, Teresa Faria, Graça Dias, Décio Pereira, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, MEDICINA INTERNA

Mulher, 47 anos, internada por AVC isquémico occipital à direita. O ecocardiograma revelou massas sésseis, pouco móveis, homogéneas e irregulares, na face auricular dos folhetos da válvula mitral; estudo analítico com hemoculturas negativas, anticorpos antinucleares e anticoagulante lúpico positivo. Admitiu-se o diagnóstico de Endocardite trombótica não bacteriana, tendo sido iniciada terapêutica anticoagulante com regressão das vegetações e sem recorrência de eventos tromboembólicos até à data.

IMI-01-009

DERMATOMIOSITE

Joana Rosa Martins, Filipe Filipe, Rodrigo Valido, Inês Goulart, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

Doente do sexo feminino, 67 anos, com quadro com um ano de evolução de lesões cutâneas generalizadas, diminuição proximal da força nos membros e perda ponderal. Ao exame objectivo com rash heliotropo, pápulas de Gottron e lesões eritemato-descamativas no tronco, membros e couro cabeludo. Foi colocada a hipótese de dermatomiosite confirmada posteriormente em EMG, exame anatomopatológico das lesões cutâneas e biópsia de tecido muscular. Sem evidência de neoplasia oculta associada até à data.

IMI-01-010

RAYNAUD: O INÍCIO DO DIAGNÓSTICO

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA

Mulher, 25 anos. Antecedentes de enxaquecas desde adolescência. Assintomática até janeiro/2015, altura em que iniciou episódios diários de raynaud trifásico nas mãos e pés e lesões cutâneas de cor acastanhada. Estudo imunológico negativo (ANAs, Ac anti-dsDNA, Ac anti-centrómero e Ac anti-ScL 70). Histologia de biópsia das lesões cutâneas com achados morfológicos compatíveis com esclerodermia localizada.

IMI-01-011

EXANTEMA DA FACE PERSISTENTE

Tiago Fernandes, Cristina Rodrigues, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO

Homem de 67 anos referenciado por exantema da face persistente. Constatado telangiectasias da face e lábios (A,B); edema não depressível das mãos e dedos ("puffy hands"), fenómenos de Raynaud e distrofia ungueal (C). Analiticamente ANA≥1:1280, Anti-RNP>200 e fator reumatóide positivo; capiloroscopia com desarranjo arquitetural, diminuição e dilatação dos capilares; manometria com hipomotilidade esofágica. Diagnóstico de Esclerodermia, com risco de evolução para Doença Mista do Tecido Conjuntivo.

IMI-01-012

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ESCLEROSE SISTÉMICA – RECONHECIMENTO DE SINAIS DE ALARME

Fábio Murteira, Petra Monteiro, Andreia Seixas, Cláudia Costa, Clara Coelho, Carina Silva, Paula Ferreira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O diagnóstico precoce de esclerose sistémica (ES) permite tratamento que impede o atingimento de órgãos e a irreversibilidade do dano. A presença de Fenómeno de Raynaud, "puffy fingers" e alterações típicas na capilaroscopia periungueal (CP) constituem sinais de alarme para a identificação. Descreve-se o caso de uma mulher, 49 anos, com Fenómeno de Raynaud severo, "puffy fingers" (Imagem 1) e CP com padrão típico de ES com diminuição do número de capilares e presença de megacapilares (Imagem 2).

IMI-01-013

CALCINOSE NO SÍNDROME DE CREST

João Costa Lopes, Margarida Varela dos Santos, Hirondina Rocha, Jessenia Mata, Luís Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM

As imagens apresentadas pelos autores são referentes a uma doente de 68 anos com antecedentes de Fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, telangiectasias, dismotilidade esofágica e calcinose, com anticorpos anti-centrómero positivos. Apresenta queixas recorrentes de linfedema e lesoes descamativas e exsudativas dos membros inferiores. As imagens evidenciam a calcificação patológica dos tecidos moles da região ilíaca direita e do membro inferior esquerdo numa doente com Síndrome de CREST.

IMI-01-014

O VELHO TIGRE – UM CASO DE MIOPATIA SARCOIDÓTICA

João Fonseca, Flávio Costa, Ana Rita Nogueira, João Pedro Gomes, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem, 76 anos, observado por astenia e fraqueza muscular. Estudo laboratorial demonstrou hipercalcemia, doseamento baixo de paratormona e elevação da enzima de conversão da angiotensina sérica(107 U/L). Realizou PET (FDG18) com evidência de adenopatias mediastino-hilares (A) e supraclavicular direita, e hipercaptação focal múltipla da musculatura tipo "tiger man"(B,C). A biópsia do músculo gastrocnémio apresentou granulomas não necrotizantes, confirmando o diagnóstico de miopatia sarcoidótica.

IMI-01-015

POR CAMINHOS ERRADOS...

Ana Cabral, Mafalda Miranda, Catarina Oliveira, Jorge Correia, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A presente imagem documenta aspiração de contraste baritado para a árvore traqueo-brônquica no decurso de um trânsito baritado esófago-gástrico em doente do sexo feminino, de 65 anos internada por disfagia em estudo. A aspiração de bário causou insuficiência respiratória e pneumonite de aspiração, que respondeu favoravelmente à antibioterapia instituída. O estudo complementar das causas da disfagia acabou por revelar um síndrome de sobreposição esclerodermia/polimiosite.

IMI-01-016

DOENÇA DE RAYNAYD

Rosa Cardoso, Isabel Silva, David Araújo, Pedro Gonçalves, Manuela Vasconcelos
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sexo feminino, 26 anos. Sem antecedentes relevantes. Enviada à consulta de Doenças Autoimunes por acrocianose e lesões eritematosas na face; artralgia das articulações interfalângicas e tibiotársicas. Ao exame objetivo: mãos edemaciadas; sinais de má perfusão periférica. Até à data sem causa subjacente identificada. Iniciou nifedipina 30mg/dia. A doença de Raynaud caracteriza-se por episódios reversíveis de vasoespasmo nas extremidades, associados a palidez, seguido por cianose e rubor.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — LCD #1 — SALA ATRIO

IMI-01-017

SWINGING HEART

Cátia Pereira, Marta Tavares, Filipa Melão, Sandra Amorim, M. Júlia Maciel.
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA & UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 58 anos, com tosse seca há 2 semanas e perda ponderal; taquicárdica e com elevação da tensão venosa jugular ao exame físico. O ecocardiograma transtorácico mostrou derrame pericárdico circunferencial de grande volume, com compressão das cavidades direitas e aurícula esquerda, com movimento de "swinging heart". Realizou pericardiocentese diagnóstica e evacuadora. A investigação revelou uma etiologia neoplásica do derrame por adenocarcinoma do pulmão.

IMI-01-018

PULMONARY EMBOLISM: AN INFREQUENT AND YET VERY TYPICAL CHEST RADIOGRAPH

João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, Lino Nóbrega, Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SESARAM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

An investigation of sudden onset dyspnea on a 76 year-old woman revealed something unusual and yet very typical: a chest radiograph with a Hampton hump, Palla and Westermark radiological signs. D-dimers were elevated and an angio-CT showed bilateral pulmonary embolism. The simultaneous presence of these signs is infrequent, but it reminds us of the importance of a simple and often underrated traditional imaging method such as the x-ray as a valuable aid in the diagnosis of pulmonary embolism.

IMI-01-019

SÍNCOPE - UMA ENTIDADE COMUM, MUITAS CAUSAS POSSÍVEIS

Isabel Silva, David Garcia, Rosa Cardoso, Rosário Araújo, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Homem, 75 anos, autónomo, fumador, admitido no serviço de urgência por síncope. Síncopes recorrentes no último ano, sem outros antecedentes relevantes. Analiticamente com hipocapnia e D-dímeros aumentados. Realizou angio-tomografia torácica por suspeita de embolia pulmonar, que foi excluída, mas observou-se ectasia da aorta torácica (diâmetro 4,5 cm) com calcificação aterosclerótica e um extenso trombo mural. O paciente foi hipocoagulado e orientado para Cardiologia e Cirurgia Cardiotorácica.

IMI-01-020

SÍNDROME DE BRUGADA DURANTE UM PICO FEBRIL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Luciana Sousa, Sofia Caridade, Ilídio Brandão
HOSPITAL DE BRAGA -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 63 anos, ex-desportista, saudável. Observado no Serviço de Urgência por quadro de febre, tosse seca e astenia com 3 dias de evolução. Exame físico, estudo analítico e imagiológico compatíveis com pneumonia, antigenúria positiva para Legionella. Efectuado ainda electrocardiograma durante pico febril, observando-se padrão de Brugada (fig. 1). Iniciou antipirético fixo, antibiótico e foi internado. Actualmente com cardioversor desfibrilhador implantável e descrição de 2 episódios de choque.

IMI-01-021

UM CASO DE DOR TORÁCICA!

Sofia Nóbrega, Andreia Pereira, Susana Gomes, Dina Santos, Rafael Nascimento, Sofia Gonçalves, João Miguel Freitas, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 53 anos, com história de tabagismo e dislipidemia, recorre à urgência por dor retroesternal. Estável, sem alterações à auscultação ou no electrocardiograma. Elevação da troponina T (0.352ng/mL). Coronariografia: múltiplos aneurismas na artéria circunflexa. Os aneurismas coronários em adultos são um diagnóstico infrequente, geralmente de etiologia desconhecida, podendo ser de origem congénita ou arteriosclerótica. Causam isquemia miocárdica por trombose intraaneurismática ou embolização.

IMI-01-022

UMA CAUSA INCOMUM DE INSUFIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Andreia Tavares, Helena Maia
CHEDV, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 73 anos, autónoma, com antecedentes de aneurisma da aorta, com dimensões conhecidas de 9,5x7,7cm, sem indicação para tratamento invasivo. Internada por Insuficiência Cardíaca descompensada por bronquite aguda, com insuficiência respiratória (IR). Apresentou melhoria clinica e analítica, mas por manter IR não concordante com a evolução clínica, fez TC tórax que mostrou: "(…) volumoso aneurisma da crossa da aorta com trombo mural a medir 15,1x9,9cm, sem sinais sugestivos de rutura (…)".

IMI-01-023

TAQUICARDIA DE COMPLEXOS LARGOS

Ana Catarina Emidio, Carlos Carvalho, Vanessa Figueiredo, Gonçalo Mendes, João Tavares
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - SERVIÇO DE MEDICINA

Homem, 57 anos, recorre ao Serviço de Urgência por desconforto torácico e palpitações. À admissão com taquicardia de complexos largos no monitor (frequência cardíaca 170-250 batimentos por minuto). O ECG é o apresentado na Figura 1. Perante o traçado, foi submetido a cardioversão elétrica. A Figura 2 mostra conversão a ritmo sinusal, PQ curto e Onda delta visível em DI e V6. Feito o diagnóstico de Sindrome de Wolff-Parkinson-White e efetuada ablação da via acessória.

IMI-01-024

SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES – UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA

Rosa Leonardo Costa, Carla Serrano, Constança Dias, Gisela Costa Neves, Humberto Santos, Mara Eliana Pereira, Sara Borges Costa, Tatiana Ferreira e Ferreira
USF DO CASTELO

Homem de 28 anos, com história de HTA há 8 anos, com mau controlo da TA (TA sistólicas oscilantes entre 100 e 200mmHg), lesão de órgão alvo (proteinúria 302,5mg/24horas) e rim atrófico à direita. Realizou estudo de causas secundárias de HTA com renina sérica >500pg/mL, e eco-doppler renal não esclarecedor. Realizou angio-TC abdominal que revelou rim esquerdo vicariante com sinal de hipertensão venosa por pinça mesentérica condicionando moldagem da veia renal esquerda - Síndrome de Quebra-Nozes.

IMI-01-025

DILATAÇÃO ANEURISMÁTICA DA AURÍCULA ESQUERDA

Joana Martins, Miguel Alves, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 39 anos, autónoma, antecedentes de lúpus eritematoso sistémico e cardiopatia valvular. Internada por insuficiência cardíaca descompensada por infeção respiratória. Por suspeita de tromboembolismo pulmonar realizou angiotomografia torácica que mostrou dilatação da aurícula esquerda e em menor volume do ventrículo esquerdo. Apresentou melhoria progressiva com terapêutica diurética e antibioterapia, tendo alta ao sétimo dia de internamento.

IMI-01-026

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AUMENTO DA SILHUETA CARDÍACA: NEM SEMPRE É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA!

Cátia Canelas, Joana Calvão, Dina Carvalho, Trigo Faria
CHTMAD

Mulher 77 anos, antecedentes de dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva cronica, diabetes mellitus.Recorre ao serviço de urgência por cansaço e edemas periféricos. Sem febre, tosse, dor torácica, ortopneia. Realiza telerradiografia toracica que revela acentuado aumento do índice cardiotoracico em doente sem antecedentes de doença cardíaca conhecida. Pedida TAC que mostrou marcada lipomatose mediastínica/cardíaca, sem derrame pericárdico, a justificar alteração da silhueta na telerradiografia.

IMI-01-027

ANOMALIA DO RETORNO VENOSO FISIOLÓGICA

Maria João Serpa, José Francisco Júnior, Susana Franco, Paula Peixinho, Vera Silveira, Olga Pereira, João Pinto, Teresa Padrão, Claúdia Meireles, Catarina Gouveia, Vasco Evangelista, Raquel Almeida, Cristiana Gonçalves, Andreia Carlos, Sandra Simões, Antó
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Sexo feminino, 57 anos, história de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar há 21 anos, febre reumática há 40 anos e hipertensão arterial essencial. Internada por novo episódio de trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo. TC revelou anomalia fisiológica do retorno venoso com ázigos à esquerda e veia cava inferior latero-aórtica esquerda.

IMI-01-028

CALCIFICAÇÃO CORONÁRIA BILATERAL

Filipa Macedo, Filipa Pinho, Katia Ladeira, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A aterosclerose é uma doença de evolução silenciosa mas progressiva com a idade, responsável por numerosas complicações cardiovasculares. Mulher 99anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença cerebrovascular. Internada por insuficiência cardíaca. Tomografia computorizada torácica mostrando calcificação coronária bilateral evidenciando estas artérias uma imagem semelhante à de cateterismo cardíaco (1), dilatação aneurismática da aorta ascendente de 45mm(2) e lobo ázigos(3).

IMI-01-029

UM CASO DE HIPOTERMIA

Filipa Ferreira, Catarina Brízido, Margarida Gil, Mariana Gonçalves, Rita Conde, Ana Lynce, Luís Campos
SERVIÇO MEDICINA INTERNA - UNIDADE FUNCIONAL IV- HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Mulher, 89 anos, dependente. Antecedentes de Hipertensão arterial, Diabetes mellitus tipo 2, AVC isquémico e Síndrome demencial; medicada com Metformina, Valsartan, Bisoprolol, Melperona, Lorazepam, Ciamemazina e Cloropromazina. Levada ao Serviço de Urgência por prostração. Apresentava temperatura timpânica não mensurável, que após aquecimento era de 32ºC. Bradicardia de 35-40bpm e Electrocardiograma com ondas de Osborn V4-V6 (setas) com ritmo de aparente origem juncional.

IMI-01-030

COARTAÇÃO DA AORTA

Marília Santos Silva, Manuela Mendes, Isabel Barros
ULSM - HOSPITAL PEDRO HISPANO. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Enfermeira de 41 anos, sem antecedentes de relevo, realizou radiografia de tórax pela consulta de Medicina do Trabalho, após contacto com caso de tuberculose pulmonar. Observado alargamento do botão aórtico, considerado suspeito para a idade da doente. Realizou ecocardiograma transtorácico que não permitiu visualizar a crossa ou porção descendente da aorta. Para melhor esclarecimento, realizou RMN aórtica, que revelou coartação da aorta distalmente à emergência da artéria subclávia esquerda.

IMI-01-031

O SOPRO CRANEANO - UM CASO DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DURAL

Ana João Pissarra, Mariana Malheiro, Patricia Vicente, Carolina N. Gouveia, Vitor Batalha, Luis Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - SERVIÇO DE MEDICINA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Homem de 54 anos. Quadro de acufeno pulsátil associado a tontura episódica. Ao exame objectivo sopro carotídeo bilateral, contínuo, mais intenso à direita, com irradiação retro-auricular e occipital bilateral. A Ressonância Magnética crânio-encefálica evidenciou múltiplos vasos anómalos em topografia occipital, envolvendo o seio lateral direito e o golfo da veia jugular, em topografia tentorial à direita. Diagnóstico de malformação arterio-venosa com fistulas durais, sem indicação cirúrgica.

IMI-01-032

DISSECÇÃO DA AORTA

Juliana Silva, Sara Freitas, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA, GUIMARÃES

Mulher de 73 anos, antecedentes de FA, admitida no SU por dor abdominal com 12h de evolução. Sem alterações no exame fisico ou ECG. Troponina I 0.086 (<0.045). Subitamente apresentou lipotimia e instabilidade hemodinamica. Realizou angio-TC de tórax que mostrou dissecção da aorta tipo A e derrame pericárdico de grande volume com necessidade de colocação de dreno. Enviada à Cardio-Torácica onde foi submetida a implantação de conduto. Actualmente encontra-se estável e mantém a autonomia para AVD.

IMI-01-033

HEMOPTISES COM UMA CAUSA RARA MAS MORTAL

Helena Temido, Daniel Andrade, João Fonseca, Rui Baptista, Mariano Pêgo
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, PÓLO HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mulher, 70 anos, com doença mista do tecido conjuntivo sob anticoagulação oral (INR 2) realiza cateterismo direito por suspeita de hipertensão arterial pulmonar. Inicia subitamente hemoptises após o procedimento. A angiotomografia computorizada mostra hemorragia alveolar (amarelo) rodeando pseudoaneurisma da artéria segmentar (vermelho) e trombose periférica (azul). Revertida a anticoagulação, o quadro resolveu espontaneamente. Esta é uma complicação rara (<1%) mas fatal em 50% dos casos.

IMI-01-034

UMA CAUSA INESPERADA DE PALPITAÇÕES

Cristiano Silva Cruz, João Carvalho, Luis Bernardes, Rui Ferreira, Catarina Cardoso, Maria Amaral, Teresa Garcia, Helena Teixeira, Francisco Farrajota
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL SANTA MARTA, SERVIÇO MEDICINA 4

Mulher de 37 anos com adenocarcinoma do reto sob quimioterapia. Recorreu à urgência por palpitações e toracalgia inespecífica com 1 dia de evolução, agravadas com decúbito lateral esquerdo. Observação, análises e ECG inocentes. Radiografia torácica mostrou quebra de implantofix® na sua porção distal, com migração subsequente para ventrículo direito; procedeu-se a remoção dessa porção por via endovascular (veia femoral direita) sem intercorrências e com resolução das queixas.

IMI-01-035

HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Diana M. Ferreira, Hugo Clemente, João Fonseca, Patrícia A. Mendes, Ana Rita Nogueira, Sara Leitão, António Aragão, Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Homem, 74 anos, internado por hiponatrémia grave, sintomática (crise convulsiva) e hipocaliémia, sem despoletante. Tensão arterial habitual de 230/120 mmHg, com má adesão à terapêutica. Identificada, no eco-doppler renal, estenose significativa da artéria renal direita com atrofia renal, confirmada na angio-TC toracoabdominal. Analiticamente identificado hiperrreninismo. Angiografia renal sem possibilidade de embolização renal direita por estenose completa da artéria.

IMI-01-036

IMAGENS EM MEDICINA

Ana Vera Marinho, Christine Canizes, Francisco Parente, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA- CARDIOLOGIA

Doente que recorreu ao SU por febre, poliartralgias e lesões maculopapulares com 2 dias de evolução. Fig 1-3: nódulos de Osler e manchas de Janeway. Fig 4: TAC CE mostrando lesões sugestivas de abcesso cerebral em organização

IMI-01-037

ESTÁ NA CARA QUE É UMA ESTENOSE MITRAL!

Luís Santos, Joana Alves, José Carvalho, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL DE SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

O Fácies Mitral consiste na coloração rosada da região malar (por vasoconstrição cutânea), associada a tonalidade azulada (por hipoxemia). É consequência de uma estenose mitral severa crónica associada a baixo débito e hipertensão pulmonar severa. Apresenta-se o Fácies Mitral de uma mulher de 87 anos com estenose mitral severa de etiologia reumática, internada por Insuficiência Cardíaca descompensada.

IMI-01-038

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO - UM TROMBO NA CORDA

Rui Assis, Eva Claro, Filipe Filipe, Nuno Lopes, Tiago pereira, Lucília Pessoa, Nuno Catorze
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Ecocardiograma transtorácico realizado em doente de 81 anos, com antecedentes pessoais de Miocardiopatia Dilatada Idiopática com Dessincronia e Disfunção Sistólica Grave, internada por Acidente Vascular Cerebral Isquémico, revelando trombo intra-ventricular aderente a uma corda tendinosa, que terá constituído fonte de embolização do sistema nervoso central.

IMI-01-039

MASSA CARDÍACA A CARACTERIZAR? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Alves Vaz, Nuno Ferreira Monteiro, Maria Manuela Soares, João Abecasis, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ, MEDICINA II; HOSPITAL SANTA CRUZ

Homem de 67 anos com insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular. O ecocardiograma transtorácico (A) mostrou dilatação auricular, hipertensão pulmonar e massa adjacente à parede do ventrículo direito, caraterizada por RM como gordura pericárdica. Esta é fator preditor de mortalidade cardiovascular, sendo o controlo dos factores de risco a melhor estratégia terapêutica. Massa pericárdica de aspecto benigno (homogénea, contorno regular -B) e sinal idêntico ao da gordura (sem realce tardio -C).

IMI-01-040

SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA – A CAUSA DE SÍNCOPE

Susana Barbosa, António Ferreira, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA

Homem, 76 anos, antecedentes de hábitos tabágicos. Admitido no serviço de urgência por síncopes de repetição após elevação do membro superior esquerdo. Ecodoppler carotídeo: inversão do fluxo na artéria vertebral esquerda, sentido retrógrado por provável síndrome roubo da subclávia. Angio-TAC do tronco supra-aórtico: extensa placa não calcificada na origem da artéria subclávia esquerda, que condiciona estenose de 90% deste vaso. Enviado para consulta de cirurgia vascular.

IMI-01-041

IMAGENS QUE VALEM POR DUAS PALAVRAS...

Nicole Pestana, Alexandra Malheiro, Andreia Pestana, Carolina Aguiar, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, João Adriano Sousa, Rita Rodrigues, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 39 anos, com antecedentes de toxicodependência e hepatite C crónica. Admitido por prostração e mialgias. Ao exame objectivo, observou-se lesões hemorrágicas indolores nas palmas das mãos e dorso dos pés sugestivas de manchas de Janeway. O ecocardiograma transtorácico mostrou a presença de uma vegetação. Foi admitido com o diagnóstico de Endocardite Infecciosa (EI). A atipia de apresentação da EI dificulta o diagnóstico. Achados altamente sugestivos como estes agilizam este processo.

IMI-01-042

MAIS DO QUE UMA PNEUMONIA

Pedro Neves Tavares, Sonia Chan, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA 1

Doente de 88 anos trazido ao serviço de urgência após queda com traumatismo craneo-encefálico. Após realização de exames foi pedida colaboração da Medicina Interna por suspeita de pneumonia de localização para-hilar à esquerda. Na avaliação pela Medicina pela ausência de clínica respiratória e imagem hipertransparente não compatível com foco de condensação foi realizado TAC torácico que mostrou ´aneurisma sacular da aorta descendente, com trombo mural medindo cerca de 11,5x6,7x6,6 cm´

IMI-01-043

TROMBOS LIVRES NO CORAÇÃO DIREITO E EMBOLIA PULMONAR

Catarina Araújo, Liliana Santos, Vera Pereira, Dário Batista, Jacobo Bacaniza, Filipe Gonzalez, Rui Gomes, Corina Lohman, Lucinda Oliveira, Antero Fernandes
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A observação de trombos livres no coração direito é uma raridade e um achado em doentes com embolia pulmonar. Dado o elevado potencial embólico associa-se a uma taxa de mortalidade elevada. Estas imagens realçam a importância da avaliação ecocardiográfica num doente com embolia pulmonar revelando a presença de trombos livres volumosos e muito móveis nas cavidades direitas (1) e na artéria pulmonar (2). Após realização de trombólise constatou-se desaparecimento dos trombos na totalidade (3 e 4).

IMI-01-044

ANOMALIA CONGÉNITA DA VEIA CAVA INFERIOR

Rita Matos, Rita Magalhães, Sofia Caridade
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Doente do sexo masculino de 80 anos, internado no Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca descompensada por traqueobronquite. Durante o internamento, o doente manifestou dor abdominal difusa inespecífica e pancitopenia, tendo realizado uma tomografia computadorizada abdominal. Neste exame, verificou-se a deteção acidental de uma variante anatómica rara da veia cava inferior, a veia cava inferior dupla, que é originada da persistência de ambas ou parte das duas veias subcardinais.

IMI-01-045

OCLUSÃO DA AORTA ABDOMINAL POR TROMBO MURAL

Renata Violante Silva, Ana Cristino, Ana Raquel Lima, Fernando Guimarães, Trigo Faria
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Homem de 50 anos com tabagismo e alcoolismo, observado no SU por dispneia e claudicação intermitente, com hipertensão apenas dos membros superiores. A radiografia mostra dilatação da aorta e a TAC contrastada aneurisma fusiforme da aorta descendente abaixo da emergência das artérias renais, que se prolonga por 13 cm, de diâmetro máximo 5.5 cm e trombo mural com oclusão total da aorta abdominal, sem prejuízo da irrigação renal. Admite-se cronicidade da lesão atendendo à circulação colateral.

IMI-01-046

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PRIMÁRIA "ESPONTÂNEA" DA SUBCLÁVIA (TVPS) E SÍNDROME DO DESFILADEIRO

Sofia Torres, Rita Félix Soares, Ana Monteiro, Ana Luísa Silva, Alexandra Malheiro, Maria Teresa Cardoso
HOSPITAL DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 35 anos, refere cervicalgia com irradiação para o membro superior direito e edema súbito do mesmo. Tinha história de movimentos repetitivos extenuantes envolvendo este braço. O Eco-doppler revelou trombose da veia subclávia direita e a Angio-RM diagnosticou síndrome do desfiladeiro. O estudo protrombótico foi negativo. A TVPS é rara, apresenta-se tipicamente em jovens saudáveis, frequentemente por anomalias anatómicas do desfiladeiro, sendo a actividade física um factor precipitante.

IMI-01-047

TUMEFACÇÃO CERVICAL PULSÁTIL

Tatiana Salazar, Liliana Oliveira, Carla Melo
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE – UNIDADE DE FAMALICÃO

Sexo feminino, 70 anos. Antecedentes de HTA e Bronquite crónica. Queixas de disfonia e tumefacção cervical pulsátil em crescimento desde há 6 meses. Realizado angio-TC cervical: "anomalia (congénita?) da drenagem venosa, com grande flebectasia duma jugular vicariante, antero-lateral direita e concomitante redução do calibre da jugular interna direita". Por necessidade de excluir fistula arterio-venosa foi encaminhada para Cirurgia Vascular.

IMI-01-048

OUTRA DISSECÇÃO DA AORTA? OU TALVEZ NÃO...

Joana Sequeira, Luis Val-Flores, Vânia Junqueira, Joana Torre, Francisco San Martin, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - CALDAS DA RAINHA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 54 anos, com história de Hipertensão arterial não medicada, estenose carotídea direita sujeita a endartectomia e de acidente vascular cerebral aos 43 anos que recorre ao Serviço de Urgência por dor retroesternal intensa e súbita. Apresentava hipertensão, sem assimetria nos pulsos periféricos, sopro sistólico pancardíaco e D-Dímeros elevados. Angio-TC-Tórax com espessamento parietal difuso desde a crossa da aorta até aorta abdominal proximal aorta, sugestivo de aortite.

IMI-01-049

HEMATOMA RETROPERITONEAL

Sheila Koch Jamal, Sérgio Lascasas, Adelaide Moutinho, Marta Meleiro Lisboa, Cátia Diogo, Cristiana Sousa
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, UNIDADE HOSPITALAR DE CHAVES - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sexo feminino, 84 anos, antecedentes de flutter auricular, hipocoagulada com Varfarina, recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal, anorexia e astenia com um mês de evolução. Apresentava massa palpável e dor no hipocôndrio esquerdo, sem perdas hemáticas visíveis. Analiticamente hemoglobina de 6 g/dL e INR imensurável. A tomografia computorizada revelou volumoso hematoma retroperitoneal, de 20 cm de diâmetro. A hipocoagulação é uma das causas iatrogénicas mais comuns de hematoma espontâneo.

IMI-01-050

SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA

Tiago Serra, Raquel Silva, Miguel Guia, Costa Martins, Fernanda Paixão Duarte, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA II

Mulher de 52 anos, caucasiana, fumadora e com dislipidémia enviada pela Oftalmologia por oclusão da artéria central da retina. Constatou-se assimetria tensional com diferencial superior a 40 mmHg entre o membro superior direito e o esquerdo. Na investigação realizou angiotomografia do arco aórtico que mostrou estenose da subclávia esquerda (1,2). Houve aproximação dos valores tensionais após colocação de stent. A síndrome do roubo subclávio é rara. A arterioesclerose é a principal causa.

IMI-01-051

O CORAÇÃO É TRÁGICO

Carina Alves Silva, Cristiano Cruz Silva, Valentina Tosatto, Paula Nascimento, Nélia Marques, Rita Barata Moura
HOSPITAL DE SANTA MARTA, CHLC, MEDICINA INTERNA

Mulher de 76 anos, com hipertensão e bronquite tabágica, recorreu à urgência por toracalgia súbita, com rápida migração para a região lombar, palidez e parésia dos membros inferiores. TAC revelou dissecção da aorta torácica (1), tipo I de DeBakey, e abdominal. Após a emergência das renais e mesentérica há preenchimento tardio do falso lúmen, com trombo oclusivo até às artérias ilíacas primitivas (2). Apesar da cirurgia urgente, teve evolução desfavorável acabando por falecer 48 horas depois.

IMI-01-052

UM CASO DE CAVERNOMATOSE CEREBRAL MÚLTIPLA

Vera Luís, Svitlana Hrihoryan, Maria José Grade, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE – UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO – SERVIÇO DE MEDICINA 4

Mulher de 71 anos, trazida ao serviço de urgência por síncope. Ficou internada por uma Infecção do trato urinário no contexto de um quadro confusional, com cerca de 9 meses de evolução. Na RMN Crânio-Encefálica, verificaram-se incontáveis cavernomas de dimensões variáveis. Os cavernomas são malformações vasculares que apresentam uma prevalência de 0.1 – 0.5% na população em geral. A maioria são casos esporádicos, e 20% dos casos são formas familiares de herança autossómica dominante.

IMI-01-053

ANEURISMA DISSECANTE DA AORTA ASCENDENTE

Ana Sofia Costa Matos, Ana Rita Cambão, Francisco Teixeira Silva, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Mulher de 90 anos, hipertensa, admitida no SU por précordialgia, em pontada, intensa, com irradiação ao pescoço e membros superiores. Objetivamente com pulso radial diminuído à esquerda e sopro sistólico de ejeção com irradiação carotídea. A radiografia de tórax mostrou alargamento do mediastino proeminente sobre o hemicampo pulmonar direito, correspondendo a volumoso aneurisma da aorta ascendente, com 89mm de maior diâmetro, com disseção e trombo desde a origem até ao nível da crossa da aorta.

IMI-01-054

UM SEGUNDO CORAÇÃO

Afonso Rodrigues, Catarina Cardoso, Karin Luz, Catarina Pires, Tiago Pack, Sara Oliveira, Marcos Mesquita, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE FUNCIONAL 4

Mulher, 73 anos, história de Hipertensão Arterial essencial e Dislipidémia, com quadro de 3 meses de evolução de dorsalgia com agravamento com movimentos respiratórios; radiograma de tórax com aumento do índice cardio-torácico ealargamento significativo do mediastino; D-Dímeros de 3369ug/L. Fez angio-TC de Tórax para exclusão de Tromboembolismo Pulmonar mas identificou-se dilatação aneurismática (7cm de diâmetro) da Aorta Ascendente e Descendente, com trombo mural envolvente nesta última.

IMI-01-055

UMA DOR LOMBAR PULSATIL

Jorge Lourenço,Ricardo Marques,Daniela Marado,Jorge Fortuna,Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA B

Homem de 62 anos,ex-fumador,antecedentes de hipertensão arterial e enfarte do miocárdio,com queixas de lombalgia com 3 semanas de evolução,com irradiação para membros inferiores,sem claudicação.Ao exame objetivo palpou-se uma massa periumbilical de 10cm,pulsátil,imóvel,indolor,extremidades dos membros inferiores quentes e pulsos pediosos palpáveis,simétricos.Realizou angio-TAC que revelou aneurisma da aorta abdominal com 20cm de extensão,um calibre máximo de 10cm e trombo mural circunferencial.

IMI-01-056

EMBOLIZAÇÃO PULMONAR SÉPTICA MACIÇA

José Guimarães, Nelson Barros, Francisco Esteves
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Homem de 28 anos, ex-toxicodependente, com antecedentes de ventrículo esquerdo não compactado, portador de CDI e hepatite crónica por VHC. Admitido em Unidade de Cuidados Intensivos por choque séptico com disfunção multiorgânica. Imagiologia torácica evidenciava extensos infiltrados bilaterais a sugerir foco respiratório. Dados os antecedentes e a presença de sopro sistólico realizou ecocardiograma que evidenciou endocardite de eletrocateter e válvula tricúspide.

IMI-01-057

DO CORAÇÃO AOS PÉS

Madalena Vicente, Anna Taulaigo, Filipa Lourenço, Mário Ferraz, Filipa Cardoso, Ana Lladó, António Panarra
HOSPITAL CURRY CABRAL-CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

A Endocardite é uma infeção, potencialmente grave, do endotélio valvular cardíaco. Apresenta-se o caso de uma mulher de 89 anos internada por pielonefrite, sem agente isolado. No exame objetivo sopro sistólico de novo e sinais de isquemia nos membros inferiores (embolização séptica). Realizado ecocardiograma com evidência de vegetação mitral e hemoculturas com isolamento de Enterococcus fecalis. Iniciada antibioterapia dirigida com vancomicina e gentamicina mas a doente acabou por falecer.

IMI-01-058

TROMBOS AURICULAR NUM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Aissato Abdu Cassama, Joana Braga, Sheila Coelho, Ana Almeida, Manuel Carvalho
HOSPITAL AMATO LUSITANO-CASTELO BRANCO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher 79 anos, com queixas de palpitações. O eletrocardiograma mostrou traçado compatível com fibrilho-flutter auricular, com resposta ventricular rápida. Realizou ecocardiograma transtorácico, que revelou uma massa ecodensa na aurícula direita, que se confirmou tratar-se de trombos organizados no apêndice auricular direito pelo ecocardiograma transesofágico. Foi instituída terapêutica anticoagulante, e 4 semanas após, não havia evidência de trombos no ecocardiograma transesofágico.

IMI-01-059

TROMBO MASSIVO NA AURÍCULA DIREITA

Tiago Alves, Inês Coelho, Mário Santos, Lara Adelino, Teresa Filomena, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA II

Os trombos massivos auriculares são raros e potencialmente fatais. Apresenta-se homem, 73 anos com doença hepática crónica de etiologia alcoólica recorreu à urgência por agravamento do edema dos membros inferiores e distensão abdominal. Ecografia abdominal evidenciou três lesões compatíveis com carcinoma hepatocelular. O estadiamento tomográfico revelou trombo ocupando quase toda a totalidade da aurícula direita (imagem), com risco de oclusão do anel tricúspide na avaliação ecocardiográfica.

IMI-01-060

UM MEIO COMPLEMENTAR DE PROGNÓSTICO

Cristina Martins, João Rua, Margarida Varela, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (PÓLO HG), SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Mulher, 85 anos, obesa, diabética, hipertensa e doente renal crónica, internada por celulite do membro inferior direito, desenvolve quadro de dor abdominal intensa, instabilidade hemodinâmica e acidose láctica. TC abdominal evidencia pneumatose intestinal, gástrica e aeroportia, com óbito 24 horas depois. A presença de ar no sistema venoso porta (aeroportia) é um sinal imagiológico de isquémia intestinal que indicia a existência de necrose transmural e de mau prognóstico (75% de mortalidade).

IMI-01-061

ENFARTE RENAL E ESPLÉNICO – UMA PATOLOGIA INFREQUENTE

Sónia Canadas, Rodrigo Maia Alves, Gonçalo Samouco, Pedro Vieira, Ana Teresa Moreira, Paulo Roboredo, Rita Fernandes, João Correia
ULS GUARDA - HOSPITAL DE SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 61 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e enfarte agudo do miocárdio em 2006, admitido por dor lombar à direita, intensa, associada a náuseas e vómitos. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e lactato desidrogenase elevada. Tomografia computorizada abdomino-pélvico contrastada: enfarte renal direito bem como áreas de enfarte esplénico. Internado para estudo etiológico, a contemplar estudo de trombofilias. Resolução clínica sob anticoagulação.

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS — LCD #1 — SALA ATRIO

IMI-01-062

UMA CAUSA INCOMUM DE SÍNDROME CONFUSIONAL

Beatriz Braga, Carolina Vidal, Nuno Almeida, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E.

Homem de 94 anos,anticoagulado por fibrilhação auricular. Foi internado por quadro confusional.Na investigação diagnóstica,realizou RMN-CE identificando lesão expansiva intra-selar,moldando o quiasma ótico e coleção hemática retro-clival contactando o tronco cerebral. Parou anticoagulação oral,com melhoria clínica.Repetiu RMN 10 dias após,com reabsorção do hematoma e macroadenoma hipofisário com menor dimensão. Ilustramos um caso raro de reabsorção de hematoma associado a adenoma hipofisário.

IMI-01-063

COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DA VIA AÉREA - DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

Susana Conceição, José Ribeiro
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

Mulher de 84 anos, com história de cardiopatia hipertensiva e DM tipo II, recorreu ao SU por quadro com 3 dias de evolução, compatível com insuficiência cardíaca descompensada no contexto de traqueobronquite aguda. Na radiografia torácica, além de estase bilateral, destacava-se um desvio severo da via aérea. Na TAC torácica, o achado foi esclarecido com a presença de um bócio mergulhante de grandes dimensões, assintomático, que condicionava compressão das estruturas mediastínicas.

IMI-01-064

UMA ESPADEIRADA EM CHEIO NO DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE PAGET.

Ana Sousa, Tiago Tribolet de Abreu
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Homem 82 anos, internado por acidente vascular cerebral, com história de doença óssea que condicionava marcha com canadianas e dor nos membros inferiores, sem diagnóstico específico prévio. Apresentava deformação das tíbias em sabre, elevação isolada da fosfatase alcalina e espessamento da calote craniana na tomografia crânio A doença de Paget caracteriza-se por osteólise focal com espessamento trabecular do osso por disfunção dos osteoclastos. O sinal da tíbia em sabre é característico mas raro

IMI-01-065

DOENÇA DE PAGET

Sheila Coelho, Rita Correia, Carolina Carvalho, Flávio Pereira, Isabel Almeida e Rita Resende
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE - HOSPITAL AMATO LUSITANO

Doente do género feminino, 94 anos, que em contexto de queda realizou radiograma craniano que mostrou densidades coalescentes, espessamento e esclerose abóboda craniana. A tomografia crânio evidenciou "marcado espessamento da calote craniana, díploe, com aspecto heterogéneo, padrão pagetoide". Investigação analítica confirmou Doença Paget: Fosfatase Alcalina (FA) 278 U/L; FA óssea > 140 U/L; desoxipiridinolina urinária 28 nmol/mmol creatinina; calcio, fosforo e a paratormona séricos normais.

IMI-01-066

ARTROPATIA GOTOSA SEVERA – O PASSADO AINDA RESISTE!

António Ferreira, Lúcia Meireles-Brandão, Edite Marques Mendes, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

47 anos, sexo masculino, hiperuricemia de longa data com má adesão à consulta e tratamento. Crises gotosas frequentes com progressão para artropatia gotosa. Ao exame objetivo com deformações articulares generalizadas e tofos gotosos nos dedos dos pés, mãos, cotovelos e região mediana tibial. A Gota é a artrite mais frequente em homens. A sua deteção e tratamento precoce é essencial para o controlo de progressão da doença.

IMI-01-067

UMA MANIFESTAÇÃO POUCO COMUM DE HIPO-PARATIROIDISMO

Catarina Lucas, Joana Costa, Inês Vidal, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues
MEDICINA INTERNA B - HOSPITAL GERAL, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Doente de 38 anos, com quadro de crise convulsiva. Observado no Serviço de Urgência, realizou TC crâneo-encefálica: "…depósitos de cálcio a nível dos núcleos da base, infra e supratentoriais, bem como nas coroas radiadas e na substância branca subcortical…". Internado para estudo. Concluiu tratar-se de um Síndrome de Fahr, secundário a hipoparatiroidismo primário idiopático, sem expressão até à idade adulta. Medicado com cálcio, vitamina D, calcitriol e magnésio. Mantém seguimento em consulta.

IMI-01-068

MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DÉFICES NUTRICIONAIS

Luís Santos, Joana Alves, Edite Mendes, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL DE SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Para além da anemia, a déficiência em ferro, vitamina B12 ou ácido fólico podem ter manifestações orais como glossite atrófica, glossodínia, queilite angular, úlceras orais recorrentes, candidíase oral ou mucosite difusa. Apresenta-se a imagem de uma queilite angular de um homem de 80 anos com anemia ferropénica por carcinoma gástrico (A) e a de uma glossite atrófica de uma mulher de 56 anos com pancitopenia por défice de vitamina B12 por gastrite atrófica por helicobacter pylori (B).

IMI-01-069

GOTA TOFÁCEA CRÓNICA - UMA IMAGEM EXUBERANTE

Isabel Silva, David Garcia, Ana Cardoso, Cristiana Fernandes, Rosário Araújo, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A gota é uma doença metabólica associada à hiperuricemia e à presença de cristais de monourato de sódio no tecido conjuntivo e nos rins. Apresenta-se como artrite aguda, período intercrítico e gota tofácea crónica; este último é o estágio mais incapacitante, causando dano permanente às articulações afectadas. Homem, 73 anos, história de gota, medicado com alopurinol e colchicina. Exuberantes tofos gotosos nas mãos, com cerca de 30 anos de evolução, condicionando elevada incapacidade funcional.

IMI-01-070

CEREBRO CALCIFICADO

Elsa Campôa, Liliana Pedro, Filipa Azevedo, Raquel Pinho, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, UNIDADE DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA 4

Homem, 82 anos, com alterações cognitivas desde há 10 anos com agravamento progressivo e recentes alterações do comportamento. Tem história de tiroidectomia e paratiroidectomia durante o Serviço Militar (há 60 anos), sem medicação crónica. Na investigação do processo demencial identificou-se hipotiroidismo e hipocalcémia, pelo que iniciou correcção. As autoras salientam as exuberantes calcificações cerebrais na tomografia computorizada craneoencefálica, secundárias à reposição do cálcio.

IMI-01-071

HIPERURICEMIA E TOFOS GOTOSOS

Tiago Tomás, Patrícia Vicente, José Filipe Guia, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL - SERVIÇO DE MEDICINA, UNIDADE FUNCIONAL 4

Doente de 74 anos, sexo masculino, internado por Insuficiência Cardíaca e Doença Hepática Crónica etanólica descompensadas, por Pneumonia Adquirida na Comunidade. Antecedentes de Hiperuricémia (diagnóstico há cerca de 40 anos, não medicada) com tofos gotosos exuberantes, apresentando destruição e deformação articular no estudo imagiológico. De salientar que o doente mantinha actividade diária normal, incluindo condução automóvel.

IMI-01-072

SOLUÇOS PERSISTENTES DE CAUSA INESPERADA

Inês Neto, Luís Teles, Bernardo Macedo
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA

Homem de 75 anos, admitido por gastroenterite aguda. Apesar da resolução deste quadro, apresentava soluços persistentes refratários a terapêutica médica. Investigado extensivamente e excluídos processos abdominais. Analiticamente revelado hipertiroidismo, com estudo imagiológico por ecografia da tiróide e tomografia computorizada torácica a evidenciarem bócio mergulhante. Iniciou propiltiouracilo e clorpromazina obtendo-se resolução sintomática completa. Inscrito para tiroidectomia.

IMI-01-073

LIPODISTROFIA NO DOENTE DIABÉTICO INSULINO-TRATADO

Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Marina Boticário, Vera L Gomes, Yahia Abuowda, Maria Filomena Roque
HOSPITAL DE SANTARÉM

A LIPODISTROFIA é uma condição frequente no diabético insulinotratado. Faz parte de um conjunto de reações locais a nível do tecido celular subcutâneo relacionadas com o tratamento insulínico. Frequentemente assume a forma de LIPOHIPERTROFIA, caracterizada pela presença de massas subcutâneas, discretamente hipoestésicas, formadas de gordura e de tecido fibroso, nos locais de aplicação de insulina. A absorção da insulina fica prejudicada nestes locais contribuindo para um mau controlo metabólico.

IMI-01-074

BURSITE GOTOSA.

David Garcia, Isabel Silva, Pedro Gonçalves, Rosário Araújo
HOSPITAL DE BRAGA, MEDICINA INTERNA

Sexo masculino, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hiperuricemia referenciado da Ortopedia por valores de creatinina plasmática crescentes em pré operatório de bursite gotosa.

IMI-01-075

"OLHA BEM PARA MIM E DIZ-ME QUEM TU VÊS"

Jorge Lourenço,João Rua,Daniela Marado,Ana Botelho,Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA B

Mulher de 31 anos,antecedentes de hipotiroidismo com interrupção voluntária do tratamento desde há 2 anos,recorre ao Serviço de Urgência por dispneia,aperto torácico,astenia com 2meses de evolução.Encontrava-se lentificada,bradicárdica,fácies mixedematoso.A radiografia do tórax revelou aumento do índice cardiotorácico por derrame pericárdico detetado em ecocardiografia.Analiticamente com TSH de 458µUL/mL e T4 livre<0.3 ng/dl.Fez pericardiocentese e iniciou levotiroxina,com melhoria dos sintomas.

IMI-01-076

OS OSSOS DE VIDRO DA OSTEOGÉNESE IMPERFEITA

João Nuno Oliveira, Teresa Sequeira, Sara M. Rocha, Arlindo Guimas, Rosa Ribeiro, João Araújo Correia
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO - MEDICINA INTERNA

Homem, 18 anos, diagnóstico de osteogénese imperfeita tipo III desde o nascimento com base em: escleróticas azuladas, fraturas patológicas, dismorfia dos membros e deformidades ósseas características (imagens) a condicionar baixa estatura, dentinogénese imperfeita. Sob pamidronato endovenoso desde os 11 anos, com melhoria das dores ósseas, da mobilidade e dos valores da densitometria óssea (Tscore coluna lombar de -4,8 para -2,9 e Tscore fémur de -4,0 para -2,9). Há 5 anos sem novas fracturas.

IMI-01-077

GLOMUS CARÓTIDEO UMA RARIDADE

Darlene Adolfo
ULS GUARDA / HOSPITAL SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

M.M.S, sexo feminino, 81 anos, antecedentes de polirradiculonevrite crónica nos MMIs e HTA. Referenciada à consulta de Medicina Interna por disfagia, odinofagia, anorexia, emagrecimento de 7 Kg (1 ano) e tumor cervical de 3-4cm. Analises com anemia ferropénica, auto-imunidade negativa. TAC do pescoço revelou formação ovóide no espaço carotídeo, de 4cm vascularizada sugerindo glomus carotídeo confirmada com a RMN. Encaminhada para Cirurgia Vascular, feita proposta cirúrgica que foi recusada.

IMI-01-078

HIPOPARATIROIDISMO E ESCLEROSE ÓSSEO MARGINAL

Viktor Filyuk, Hirondina Rocha, Rogéria Matos, Luís Síopa
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE

Doente do género feminino, 73 anos, caucasiana, que apresentou em radiografía simplex alteração do padrão morfo-estrutural ósseo da características expansivas, com padrão heterogéneo, de tipo quístico central com rarefacção da trabeculação e esclerose ósseo marginal, sem rotura da cortical ósseo. Condiciona aumento dimensional acentuado da mandibula. Enquadramos os aspectos descritos, em contexto de hipoparatiroidismo, em tumor castanho mandibular.

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS LCD #1 SALA ATRIO

IMI-01-079

UM BALÃO NO TÓRAX

Helena Gonçalves, Filipa Rebelo, Trigo Faria
HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 69 anos, vem ao serviço de urgência por astenia, anemia normocítica (Hb de 6,2g/dL) e melenas; objectivamente pálida e taquicardica. A rx do tórax mostra: hérnia diafragmática com "implantação" quase total do estômago na regiao mediana do tórax. A EDA mostra hérnia por deslizamento paraesofágica com múltiplas ulceras do saco herniário sem hemorragia ativa. Após transfusão de eritrócitos teve alta medicada com inibidor da bomba de protões e referenciada à consulta de cirurgia geral.

IMI-01-080

DISFAGIA - UMA CAUSA INCOMUM

Susana Conceição, José Ribeiro
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

Mulher de 88 anos, com história de DM II, HTA e BAV, sem hábitos etanólicos ou tabágicos. Trazida ao SU por quadro com 6 meses de evolução de odinofagia, disfagia para sólidos com engasgamento/vómitos frequentes, e perda ponderal. A TAC torácica revelou distensão esofágica (porção inferior) com discreto espessamento parietal e presença de líquido endoluminal. Na EDA, além do diagnóstico de esofagite grau D, foi possível perceber que a etiologia correspondia à presença de Anel de Schatzki.

IMI-01-081

UM FECALOMA GIGANTE

Maria Inês Correia, João Paulo Correia, Andreia Pestana, Alexandra Malheiro, Dina Santos, Luz Reis Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tomografia computorizada abdomino-pelvica: volumoso fecaloma com 32cm de comprimento, 11cm de diâmetro, estendendo-se desde o recto até ao ângulo esplénico do cólon num idoso, acamado, com pseudo-retenção urinária, deterioração do estado geral, recusa alimentar e emagrecimento. Ao exame objectivo realçava-se uma massa volumosa, de consistência pétrea na região peri-umbilical e quadrante inferior esquerdo do abdómen, aparentemente indolor.

IMI-01-082

ROTURA GÁSTRICA COMPLETA - UM EVENTO INESPERADO

Joana Carvão, João Patrício Freitas, Catarina Nóbrega, João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS

Mulher, 81 anos com antecedentes de hérnia do hiato IV. Admitida por infecção urinária. Durante o internamento inicia quadro de vómitos, dor abdominal e

anúria. Apresentava-se hemodinamicamente instável, com reação peritoneal no epigastro. Realizou tomografia abomino-pélvica de urgência que mostrou hérnia do hiato volumosa e rotura gástrica na porção do corpo com extravasamento de conteúdo para o mediastino e peritoneu. A doente faleceu horas depois por falência cardio-circulatória.

IMI-01-083

POLIPECTOMIA COMPLICADA

Márcia Mendonça Souto, Inês Soares, Fernanda Linhares,
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO – UNIDADE DE CHAVES

A perfuração do cólon pós polipectomia é uma complicação pouco frequente.Os autores apresentam o caso de uma mulher que dá entrada no serviço de urgência, doze horas após realização de colonoscopia com polipectomia,com disfonia e extenso enfisema subcutâneo cervical e torácico. A Tomografia computorizada revelou extenso enfisema cervical bilateral, torácico de predomínio anterior e mediastínico e retroperitoneal desde o plano suprarrenal ao plano da escavação pélvica.

IMI-01-084

LESÕES DE CAMERON: O INIMIGO ESCONDIDO

Sandra Alves Morais, Mário Bibi, Sara Pinto, Eduardo Eiras
ULSM - HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Lesões de Cameron são erosões/úlceras lineares da mucosa gástrica das hérnias de hiato (HdH - ≥5 cm). Mais frequentes na pequena curvatura, são uma complicação rara (5%) das HdH, podendo originar hemorragia digestiva e anemia ferropénica. Descrevemos o caso de uma mulher de 81 anos, com SCASEST tipo 2 por anemia microcítica e hipocrómica. O estudo endoscópico mostrou múltiplas úlceras de Cameron. Iniciou terapia com inibidor da bomba de protões, procinético e ferro com rápida correção da anemia.

IMI-01-085

SINAL DE CHILAIDITI

Anabela Brito1, Joana Rodrigues2, Teresa Pinho2, Rui Almeida2, Maria Júlia Maciel2
1 - UNIDADE LOCAL DE SÁUDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL CONDE DE BERTIANDOS, SERVIÇO DE MEDICINA 2. 2 - CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, HOSPITAL DE SÃO JOÃO – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Homem de 50 anos trazido ao serviço de urgência por dor torácica retrosternal. Radiografia de tórax mostrava interposição hepatodiafragmática do cólon. Este achado imagiológico que geralmente é descoberto de forma casual denomina-se sinal de Chilaiditi. Quando acompanhado de sintomas designa-se Síndrome de Chilaiditi, entidade que não requer tratamento cirúrgico e que é de enorme importância no diagnóstico diferencial com o pneumoperitoneu que requere tratamento cirúrgico urgente.

IMI-01-086

POR DETRÁS DE UMA DISPNEIA PERSISTENTE

Inês Teles Grilo, Renata Silva, Isabel Militão, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 79 anos, com antecedentes de demência de Alzheimer, admitida por pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória (IR) tipo 2. Evoluiu com melhoria dos parâmetros inflamatórios mas manutenção da dispneia e IR.Realizou tomografia computorizada que demonstrou volumosa eventração diafragmática à esquerda associada a atelectasia do pulmão adjacente. Chama-se a atenção para a presença de 2 causas simultâneas de IR na mesma doente.

IMI-01-087

DEMASIADOS CÁLCULOS

Priscila Diaz, António Carneiro, Natália Fernandes
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 88 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por febre, vómitos e prostração, com 4 dias de evolução. O Rx abdominal revelou exuberante litíase vesicular calcificada. O estudo complementar com TC abdominal revelou achados compatíveis com extenso processo de colecistite aguda calculosa

IMI-01-088

ESÓFAGO NEGRO – A PROPÓSITO DE UM ACHADO ENDOSCÓPICO

Vera L Gomes, Marina Boticário, Andreia Araújo, Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Catarina Faria, Mª Filomena Roque
SERVIÇO DE MEDICINA III-B, HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE

Mulher,67anos,paraplégica pós-poliomielite.Admitida por astenia, palidez, desidratação,epigastralgias e hematemeses desde há 5dias. Com anemia normocítica normocrómica(Hg:6,2g/dL)e lesão renal aguda.Na endoscopia:esófago negro ou necrose esofágica aguda(NEA)da porção superior até à junção esofagogástrica,úlceras duodenais e hérnia do hiato. Rara(0,08-0,1%)e eventualmente multifatorial,a NEA exige terapia conservadora.O prognóstico depende do controlo da doença de base e de eventuais complicações.

IMI-01-089

SINAL DE CHILAIDITI, UM ACIDENTE IMAGIOLÓGICO

Rita Costa, João Ribeirinho Soares, Betânia Ferreira, Fátima Farinha, João Araújo Correia
UNIDADE B, SERVIÇO DE MEDICINA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O sinal de Chilaiditi caracteriza-se pela interposição do cólon entre o diafragma e o fígado, sendo um achado radiológico incidental em radiografias torácicas ou abdominais de doentes assintomáticos. Tem uma incidência reportada inferior a 0,3% e pode ser erradamente interpretado como sinal da foice gasosa. O tratamento dirigido só é preconizado quando este sinal se associa a manifestações clínicas, adquirindo o nome de síndrome de Chilaiditi.

IMI-01-090

LITIASE VESICULAR MÚLTIPLA

Raquel Gil, Duarte Soares, Miguel Alves, Joana Martins, José Brizuela, Eugénia Madureira
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA

Doente de 59 anos. Lesão renal aguda em crónica e infecção do tracto urinário. TC Abdominal e pélvica: Uretero-hidronefrose à direita, cálculo presente no meato ureteral com 4mm. Litiase intrarrenal direita, de reduzidas dimensões. Figado dismórfico, de contorno crenado e parênquima grosseiro por hepatopatia crónica. Esplenomegalia moderada, homogénea. Vias biliares não dilatadas. Vesicula repleta de cálculos.

IMI-01-091

UM NÓ NO ESTÔMAGO

João Melo Alves, Sérgio Baptista, Carlos Ferreira, Miguel Bispo, Rosana dos Santos, Luís Duarte Costa
HOSPITAL DA LUZ, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Masculino 98 anos, antecedentes pessoais de hérnia do hiato e fibrilhação auricular paroxística. Quadro agudo de enfartamento pós-prandial, náuseas, vómitos e eructação. Radiografia sugere bolha de ar gástrica intra-torácica. TC comprova volvo gástrico intratorácico, hérnia do hiato com colo de 8cm e marcada compressão extrínseca sobre aurícula esquerda e ventrículos. Descompressão endoscópica com colocação de sonda nasogástrica. Resolução sintomática e alta com tolerância à dieta oral.

IMI-01-092

DERMATOSE ASSOCIADA AO INTESTINO (BOWEL BYPASS SYNDROME) TARDIA

Diana Oliveira, Patrícia Dias, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Doente com antecedentes de cirurgia bariátrica, internada por edemas por hipoalbuminémia, com placas violáceas na região interna das coxas, pruriginosas, que evoluíram centralmente para hiperpigmentação pós-inflamatória. Admitiu-se dermatose associada ao intestino no contexto de malabsorção após bypass gástrico e derivação biliojejunal realizados 8 anos antes; remissão completa com doxiciclina. Esta dermatose neutrofílica ocorre em até 20% dos doentes, geralmente até 6 anos após a cirurgia.

IMI-01-093

SÍNDROME DE CHILAIDITI – DA CIRURGIA À MEDICINA INTERNA

Ricardo Fernandes, Maria Ana Canelas, Rita Barbosa, Miguel Moreira, Daniela Mendes, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA-ESPINHO

Sinal de Chilaiditi: interposição cólica/intestino delgado no espaço hepato-diafragmático. Mais frequente em homens a partir dos 60 anos. Se associado a sintomas gastrointestinais ou suboclusão chama-se síndrome de Chilaiditi. Homem, 50 anos, antecedentes de traumatismo craneo-encefálico, sob reabilitação, admitido por quadro suboclusivo. Telerradiografia abdominal: elevação da hemicúpula direita, com interposição do ângulo cólico. Excluído abcesso subfrénico. Após laxante e enemas, melhoria.

IMI-01-094

FECALOMA "GIGANTE"

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Paula Peixinho, Ivone Barracha
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - TORRES VEDRAS, SERVIÇO DE MEDICINA

Doente do sexo feminino,88 anos, com história de obstipação crónica.Tentativa de colonoscopia sem capacidade de progressão endoscópica.Por suspeita de neoplasia maligna obstructiva realizou Tomografia Computorizada que revelou a presença de um fecaloma de grandes dimensões, localizado no cólon sigmóide e recto, associado a distensão cólica.Os fecalomas "gigantes" devem ser removidos cirurgicamente pelo risco de ruptura da parede intestinal, pneumoperitoneu e sepsis resultantes de outros métodos.

IMI-01-095

VESÍCULA EM PORCELANA - IMAGEM DE LIVRO

Rita Matos, Rita Magalhães, Sofia Caridade
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 76 anos, internada por pneumonia nosocomial no Serviço de Medicina Interna. Durante o internamento, apresentou queixas álgicas abdominais inespecíficas. Sem icterícia, náuseas ou vómitos. Abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio direito, sem defesa. Analiticamente, elevação da fosfatase alcalina e gamaglutamiltransferase. Realizou Tomografia Computadorizada onde se pôde observar calcificação das paredes vesiculares, correspondente a uma imagem inequívoca de vesícula em porcelana.

IMI-01-096

OBSTIPAÇÃO NO IDOSO – UM PROBLEMA COMUM, UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL… OU TALVEZ NÃO!

Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Vera L Gomes, Marina Boticário, Yahia Abuowda, Maria Filomena Roque
HOSPITAL DE SANTARÉM

A obstipação é uma queixa frequente dos idosos, relacionada com doenças crónicas, imobilidade, medicamentos e condições neurológicas/psiquiátricas. Aqui o caso de uma mulher, de 87 anos, institucionalizada, com múltiplas patologias, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal. Na inspeção do abdómen eram evidentes várias massas cuja palpação sugeria a aglomerados fecais moldados. Identificaram-se fezes impactadas na ampola retal. As radiografias impressionantes confirmaram a suspeita.

IMI-01-097

DA ANEMIA AO VOLVO

Joana Póvoa, Joaquim Peixoto, Etel Florova, Rosário Ginga, Sílvia Rodrigues, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO- SERVIÇO DE MEDICINA

Mulher de 81 anos, levada ao SU por epigastralgias e vômitos escuros com 24 horas de evolução. Foi entubada nasogastricamente com saída de conteúdo de estase, sem sangue. Verificou-se uma anemia (Hb:6,6g/dl) pelo que a doente foi internada para aporte transfusional e estudo etiológico. Realizou EDA que revelou uma resistência á progressão do endoscópio, não se ultrapassando o piloro. Pedida uma radiografia abdominal com contraste baritado revelou volvo gástrico mesentero-axial.

IMI-01-098

PALPITAÇÕES PÓS-PRANDIAIS

Fani Ribeiro, Filipa Sousa, Rafaela Araújo, Raquel Cruz, Margarida Cruz, Beatriz Pinheiro
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A hérnia do hiato ocorre quando uma porção do estômago prolapsa através do diafragma. A maioria é assintomática, no entanto pode surgir dor epigástrica ou subesternal, enfartamento pós-prandial, náuseas e refluxo. Doente de 85 anos, com palpitações, dispneia em repouso e náuseas de predomínio pós-prandial. Raio X do tórax com alargamento do mediastino. Tomografia axial computorizada torácica revelou volumosa hérnia do hiato, com subida de grande parte do estômago para a cavidade torácica.

IMI-01-099

CAUSA RARA DE DOR RETROESTERNAL AGUDA

Mariana Gonçalves, Luisa Brites, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Mulher, de 89 anos, diabética tipo 2 e hipertensa, que recorreu ao serviço de urgência por dor súbita retroesternal e precordial com irradiação para região dorsal e membro superior esquerdo, associada a náuseas. Análises e electrocardiograma sem alterações. Radiografia do tórax com evidência de hérnia diafragmática volumosa. Estudo Tomográfico confirma hérnia para-esofágica com espessamento a nível da parede gástrica na região diafragmática, sugestivo de compromisso da perfusão.

IMI-01-100

UMA ESPINHA NO INTESTINO

Maria Inês Correia, Andreia Pestana, Alexandra Malheiro, Dina Santos, Luz Reis Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tomografia computorizada abdomino-pelvica realizada a um idoso, sem antecedentes relevantes, para estudo de uma dor com 5 anos de evolução na fossa ilíaca esquerda/articulação coxo-femural esquerda: imagem sugestiva de espinha na transição cólon descendente/sigmoide com perfuração, associada a extenso abcesso retroperitoneal, no músculo psoas esquerdo, atingindo cerca de 55mm de diâmetro em corte axial e estendendo-se até a coxa

IMI-01-101

UM ALHO BEM TOLERADO

Francisca Miranda, Sofia Santos, Joana Saiote, Judite Henriques
SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Mulher 66 anos, que após ter ingerido dente de alho recorre ao SU referindo sensação de corpo estranho na região cervical anterior e dor à deglutição. Orofaringe normal, sem sialorreia ou dispneia. Realizou laringoscopia indirecta,

sem alterações. Realizou depois, Endoscopia digestiva alta com presença de corpo estranho (alho), em posição alta da faringe, que se mobilizou para o estômago; mucosa subjacente ulcerada. Referenciada à consulta de Gastroenterologia para reavaliação.

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS LCD #1 SALA ATRIO

IMI-01-102

SAL E PIMENTA

Cátia Pereira, André Azevedo, Marisol Guerra, Ana Carvalho, Margarida Inácio, Manuel Cunha.
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA & UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 60 anos, admitida no serviço de urgência por dores osteoarticulares difusas com meses de evolução, com múltiplas recorrências aos serviços de saúde. Detetada insuficiência renal não conhecida (clearence de creatinina 10 ml/min), hipercalcemia de 16.3 mg/dL, anemia (hemoglobina de 7.5 g/dL) e lesões osteolíticas multifocais, destacando-se as lesões em "sal e pimenta" na calote craniana. Diagnosticado mieloma múltiplo de cadeias leves Lambda em estadio 3-B (Durie-Salmon)

IMI-01-103

UMA RARA APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE CÉLULAS T/NK

Marta Cunha, Sofia Xavier, Sara Freitas, Glória Alves, Jorge Cotter
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

Mulher,70 anos,antecedentes de HTA. Em03/2014foi submetida a exodontia tendo sido detetada tumefação palatina com histológico compativel com carcinoma epidermóide invasor. A10/2015foi admitida por Otorrinolaringologia tendo sido solicitada colaboração de Medicina por sinusite complicada com celulite sem melhoria apesar de múltiplos esquemas anti-microbianos e intervenções cirúrgicas. Colocada hipótese de doença linfoproliferativa que foi confirmada histologicamente como ´linfoma de célulasT/NK".

IMI-01-104

RACCOON´S EYES

Miguel Morgado, Amanda Rey, Helena Vilaça, Anabela Brito, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araujo, Manuel Barbosa, Lourdes Vilarinho, Ana Paula Brandão
UNIDADE LOCAL SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Trata-se de um homem de 70 anos com diagnóstico de mieloma múltiplo que deu entrada no Serviço de urgência com "raccoon´s eyes" e epistaxes, apresentava trombocitopenia importante. Algumas das causas possíveis de raccoon´s eyes são: trauma (fractura de base de crânio e rinoplastia), Neuroblastoma, Linfoma, Sarcoma de Kaposi e alterações proliferativas dos plasmócitos (entre os quais se inclui mieloma múltiplo).

IMI-01-105

PLASMOCITOMA CRANIANO

Marta Ilharco, Carla Maravilha, Johana Martins Jesus, Catarina Rodrigues, Maria do Carmo Fevereiro, Fátima Lampreia, António Godinho
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL – SERVIÇO DE MEDICINA 1.4

Homem, 49 anos, antecedentes pessoais de infecção por vírus da Hepatite C e hábitos tabágicos marcados. Internado por toracalgia, diminuição da força muscular e anestesia simétrica dos membros inferiores, bem como quadro de anorexia com perda ponderal acentuada. TC dorso-lombar sugestiva de depósitos secundários. Realizou TC-CE que revelou massa extra-axial hiperdensa bem delimitada, tendo sido feita excisão, cuja anatomopatologia demonstrou neoplasia de plasmócitos compatível com plasmocitoma.

IMI-01-106

IMAGENS EM MEDICINA DE PLASMOCITOMAS

Joana Andrade, Telma Pereiro, José Pedro Fonseca, Sara Brandão Machado, Vera Romão, Cláudia Martins, Adelino Carragoso, Paula Rocha, Ana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Plasmocitomas ósseos da coluna e extramedulares em Tomografia Computorizada (TC) relativos a mulher de 57 anos com diplopia por parésia do IV par craniano, mialgias e dores ósseas generalizadas. Apresentava calcémia de 12 mg/dl e bandas monoclonais IgA-Kapa com elevação discreta das cadeias leves K (1360 mg/dl) e 4xLSN de IgA, beta2-microglobulina de 4.8mg/L e medulograma com 99% de plasmócitos dismórficos. Logo, mieloma múltiplo IgA-Kapa. A biópsia da massa para-ilíaca revelou plasmocitoma.

IMI-01-107

MELANONÍQUIA LONGITUDINAL EM CONTEXTO DE HIDROXIUREIA

Susana Marques de Sousa, Mafalda Costa Pereira, Marta Rafael Marques, Dolores Vazquez, Cristina Marques, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Doente do sexo feminino diagnosticada com Policitemia Vera aos 79 anos de idade em contexto de estudo etiológico de poliglobulia (hemoglobina de 20.5 g/dL) e tromboembolismo pulmonar periférico associado. Mutação JAK2 em heterozigotia. Iniciou nesse contexto Hidroxiureia com aparecimento de melanoníquia longitudinal nos membros superiores e inferiores após 5 meses de terapêutica (efeito secundário do fármaco).

IMI-01-108

PLASMOCITOMA INFILTRATIVO E AGRESSIVO?

Marta Sofia Lopes, Ana Gomes, Luísa Carvalho, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 83 anos, com quadro confusional agudo por hipercalcemia, associado a hiperproteinemia. Eletroforese de proteínas séricas com gamapatia monoclonal IgG/K. Tomografia computorizada evidenciou extensa massa tumoral de D4-D5 com destruição da vertente direita dos corpos vertebrais e infiltração local (tecidos moles, espaço pleural e costelas). Assumido mieloma múltiplo e plasmocitoma provável. Evolução clínica desfavorável, impossibilitando biopsia da massa.

IMI-01-109

PÚRPURA TROMBOCITOPENICA IMUNE – PETÉQUIAS BUCAIS

Pedro Lopes, José Eduardo Mateus, Diana Ferreira, João Fonseca, João Filipe Gomes, João Porto, Manuel Veríssimo, Armando de Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem 58 anos com púrpura trombocitopenica imune. À entrada no serviço de urgência, o doente apresenta plaquetas incalculáveis no hemograma. Foi realizado esfregaço sangue que detectou 2 plaquetas por campo. Apresentava petéquias em todo o tegumento, inclusive na mucosa bucal e língua, acompanhadas por gengivorragia.

IMI-01-110

MIELOMA MÚLTIPLO

Juliana Silva1, Maria Manuela Brochado2, Rui Bergantim2, José Eduardo Guimarães2
1 - SERVIÇO MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO; 2 - SERVIÇO HEMATOLOGIA CLÍNICA, CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Homem, 84 anos com fracturas bilaterais dos membros inferiores e do úmero esquerdo. O estudo levou ao diagnóstico de Mieloma Múltiplo (MM) (anemia, lesão renal, hipercalcemia e lesões líticas, pico sérico monoclonal, 46%

plasmócitos na medula óssea). O estudo radiográfico revelou rarefacção óssea exuberante do esqueleto com padrão ´sal e pimenta´ na calote craniana. As imagens ilustram a apresentação clássica de MM, rara actualmente: doença osteolítica exuberante, com marcada rarefacção óssea

IMI-01-111

MASSA MEDIASTÍNICA: UMA CAUSA INCOMUM DE EPIGASTRALGIA

Pawel Sierzputowski, Jorge Ruivo, Paula Alcântara
HOSPITAL SANTA MARIA, CHLN, SERVIÇO DE MEDICINA I

Tumores do mediastino anterior descrevem-se como 4T: teratoma, timoma, tumor de tiróide e ´terrible´ linfoma. Homem, 24 anos, caucasiano, saudável, recorreu por epigastralgia, perda ponderal de 2 kg e cansaço fácil; sem outra sintomatologia. Radiografia e TC de tórax mostraram volumosa massa sólida do mediastino anterior. Ecocardiograma confirmou invasão do pericárdio e do ventrículo esquerdo de novo na reavaliação de curto prazo. Diagnosticou-se linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B.

IMI-01-112

PANICULITE EOSINOFÍLICA EM CONTEXTO DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

Joana Rosa Martins, Filipe Filipe, Rodrigo Valido, Ana Marcos Pinto, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

Doente do sexo feminino, 50 anos, iniciou quadro de lesões cutâneas nos membros sugestivas de paniculite interpretada como eritema nodoso. Por refractariedade à terapêutica foi realizada biópsia cutânea que revelou paniculite eosinofílica. O estudo etiológico adicional foi compatível com síndrome hipereosinofílico de variante linfocítica de células T com atingimento cutâneo, medular e intestinal pelo que foi iniciada corticoterapia com boa resposta clínica e analítica.

IMI-01-113

VESÍCULAS HEMORRÁGICAS NUM DOENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

João Paulo Correia, Ana Sofia Silva, Maria Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Homem, 69 anos, com púrpura trombocitopénica idiopática, esplenectomizado, medicado com Metilprednisolona e Romiplastim. Apresentava lesões vesiculares hemáticas e eritema local, não dolorosas à palpação, distribuídas ao longo do braço, cavado axilar e região escapular esquerdas e precedidas de dor com características neuropáticas 12 horas antes. Por suspeita de herpes-zoster hemorrágico, foi medicado com Valaciclovir, tendo evoluído favoravelmente com resolução completa das lesões.

IMI-01-114

ESPLENOMEGÁLIA MACIÇA

Rodrigo Valido, Joana Rosa Martins, Filipe Filipe, Inês Barreto, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

Doente do sexo masculino, 55 anos, raça negra, com quadro clinico com 6 meses de evolução de anorexia, astenia, perda ponderal, náuseas, vómitos e dor abdominal localizada ao hipocôndrio esquerdo. Ao exame objetivo com volumosa massaabdominal que em TC verificou-se corresponder a acentuada esplenomegália homogénea sendo o diâmetro longitudinal do baço na ordem dos 24 cm,tratando-se de um caso de Mielofibrose Primária.

IMI-01-115

TIMOMA?

João Louro, Zara Soares, Denise da Cruz, Mónica Reis, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

Doente de 80 anos submetida a tiroidectomia total prévia, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo e farfalheira. Ao exame objectivo apresentava febre e uma auscultação pulmonar com fervores crepitantes dispersos. A Radiografia de Tórax apresentava hipotransparência arredondada no terço médio, tendo sido pedida TC de Tórax que revelou no mediastino anterior uma massa heterogénea de aspecto sólido, com 10 cm de extensão, correspondendo a um provavel timoma.

IMI-01-116

O ´ELEMENTAR´ RADIOGRAMA DO TÓRAX

Liliana Antunes, Hugo Martins, Carla Maia
HOSPITAL DE S.JOSÉ - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 1.2

Homem, 19 anos, sem antecedentes relevantes. Vinda ao Serviço de Urgência por cansaço, anorexia e tosse produtiva nos dias prévios. Apurou-se sudorese noturna no último mês. Radiograma torácico - alargamento do mediastino, com lesão paracardíaca esquerda. Tomografia computorizada - volumoso conglomerado adenopático mediastínico pré-vascular. Biópsia - Linfoma Hodgkin clássico, esclerose nodular. Boa evolução após quimio e radioterapia, encontrando-se atualmente em remissão completa.

IMI-01-117

OMALGIA COM MAU PROGNÓSTICO

Nuno Craveiro, Yahia Abuowda, Filipa Pedro, Ana Alves Oliveira, Laura Moreira, Cristina Santos
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTAREM - MEDICINA III

Doente de 67 anos que em Junho de 2012 recorre ao serviço de urgência por omalgia esquerda com um mês de evolução sem desencadeante traumático. Referia dor nocturna, sem alivio com o repouso. Diagnosticado posteriormente com Mieloma Múltiplo IgA kappa. Após 2 anos de relativa boa resposta terapêutica, em Fevereiro de 2016 é internado por hipercalcemia, quadro confusional agudo, desidratação e paraplegia verificando-se óbito após 2 semanas de internamento por infecção respiratória.

IMI-01-118

VARFARINA E METRONIDAZOL, UMA INTERACÇÃO POTENCIALMENTE FATAL.

João Rua, Ana Lucas, Cristina Martins, Ricardo Marques, Margarida Varela, Diana Gonçalves, Dilva Silva, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues
CHUC - MEDICINA B (HOSPITAL GERAL)

Mulher de 72 anos,hipocoagulada com varfarina (W) por prótese valvular mecânica,recorre ao SU por epigastralgias,febre e equimoses,com dias de evolução e início coincidente com terapêutica de erradicação de H.pylori,claritromicina e metronidazol (M).Iniciou quadro de choque,com infiltrados algodonosos bilaterais na radiografia,hemoglobina de 8 gr/dl e um INR >12,levando à suspeita de hemorragia alveolar iatrogénica.O estudo posterior estabeleceu como causa a interacção potenciadora entre M e V.

IMI-01-119

A PONTA DO ICEBERG...

Frederica Faria, Sofia Silva, Ana Rita Ferreira, Blanca Polo, Maria João Costa, Lurdes Guerra, Alves do Carmo
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE

Homem de 36 anos com diagnóstico de mieloma múltiplo com infiltração leptomeníngea. Durante o internamento surgem lesões digitais, parésia braquial e facial esquerda do tipo central, mioclonias, febre e elevação dos parâmetros inflamatórios. O ecocardiograma transesofágico detectou foramen ovale

permeável. A ressonância de cranêo mostrou múltiplas lesões isquémicas agudas de natureza embólica. As hemoculturas realizadas revelaram bacteriemia a Streptococcus beta hemolítico do grupo G.

DOENÇAS HEPÁTICAS LCD #2 SALA ATRIO

IMI-02-001

FENÓMENO DE KASABACH-MERRIT

Carla de la Guerra, Arantzazu Maiz, Ana Moreno, Amaia Cuñado, María Álvarez, Esperanza Montero, Pilar Bernardo, Nicolás Gurruchaga
HOSPITAL DE MENDARO, GUIPUZCOA, ESPANHA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 82 anos com antecedentes pessoais destacados de HTA e insuficiência renal crónica, foi admitido no hospital por síncope. Nos estudos de imagens observaram-se hemangiomas cavernosos. Analiticamente apresentava hemoglobina 14 g/dL, plaquetas 19000, INR 1.9, tempo de protrombina 52%, aPTT 38 seg, D-dímero 1208; interpretados como fenómeno de Kasabach-Merrit. Foi submitido a embolizaçao, con normalizaçao das alteraçoes analiticas.

IMI-02-002

MASSA AURICULAR DIREITA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

Cristiano Silva Cruz, Valentina Tosatto, Carina Silva, Stepanka Betkova, Sara Campos Silva, Paula Nascimento, Catarina Machado, Zsofia Vesza, Matteo Boattini, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL SANTA MARTA, SERVIÇO MEDICINA 4

Homem de 63 anos com doença hepática crónica etanólica sem descompensações prévias. Internado por ascite compatível com peritonite bacteriana espontânea e massa auricular direita. Angio-TC mostrou massa no segmento IVa hepático, com extensão transcapsular e peritoneal (hipótese mais provável de carcinoma hepatocelular), trombo na veia cava inferior estendendo-se para a aurícula direita e sinais de tromboembolismo pulmonar. Segundo reunião multidisciplinar, indicação para Medicina Paliativa.

IMI-02-003

UNHAS DE TERRY

Luís Flores, Hugo Fernandes Diniz, Carla Andrade
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Homem de 89 anos com insuficiência cardíaca, doença hepática crónica, doença renal crónica e diabetes mellitus tipo 2, internado por insuficiência cardíaca aguda. Ao exame físico são notadas unhas com leito de coloração esbranquiçada, indistinguível da lúnula, e uma banda distal rosada de 2mm, compatíveis com unhas de Terry. Estas estão classicamente associadas a cirrose hepática, embora tenham sido descritas associações com todas as outras comorbilidades descritas neste doente.

IMI-02-004

QUANDO AS COMPLICAÇÕES RARAS SE TORNAM UMA REALIDADE

Inês Teles Grilo, Isabel Militão, Presa Ramos, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 77 anos, internada após realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica(CPRE)por litíase da via biliar. Iniciou quadro de febre e aumento dos parâmetros inflamatórios pelo que se introduziu antibioterapia. Ao 4ºdia realizou TAC abdominal que demostrou volumoso abcesso lobo esquerdo, 14x6cm. Estão descritas complicações da CPRE em 5-10%, sendo a mais frequente a pancreatite aguda. Com este caso pretende-se destacar uma complicação bastante rara que não devem ser esquecida.

IMI-02-005

CORPOS DE GAMNA GANDY – UM CASO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ricardo Fernandes, Maria Ana Canelas, Rita Barbosa, Miguel Moreira, Daniela Mendes, Paula Ferreira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA-ESPINHO

Geralmente achados imagiológicos, resultam do depósito de tecido fibroso, hemossiderina e cálcio, secundário a hemorragias perivasculares em casos de esplenomegalia secundária a hipertensão portal. Homem, 48 anos, com cirrose hepática alcoólica, Child B, com varizes esofágicas e ascite. Agravamento da dispneia e dor abdominal intensa. Ecografia: baço globoso com focos punctiformes dispersos, hiperecóicos. Excluída trombose (porta/esplénica) e hemorragia. Proposto internamento.

IMI-02-006

ABCESSO HEPÁTICO POR STREPTOCOCCOS INTERMEDIUS

Sara Almeida Pinto, Joana Rigor, Inês Rueff Rato, Daniela Martins-Mendes, Margarida Correia, Manuela Sequeira, João Valente, Vítor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Mulher, 59 anos, hipertensa, vómitos biliares e febre com uma semana de evolução. Hiperbilirrubinémia direta, aminotransferases aspartato 370 U/L / alanina 419 U/L, proteína C reativa 45,58mg/dL. Tomografia abdominal: extenso abcesso transição lobo direito/esquerdo com significativo componente necrótico. Isolado Streptococcus intermedius em pús e hemoculturas. Efetuadas drenagem percutânea e três semanas de antibioterapia. Resolução imagiológica aos 6 meses. Origem do agente indeterminada.

IMI-02-007

ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

João Pedro Gomes, Lúcia Fadiga, Sara Leitão, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

O Strepcoccus anginosus (SA), grupo viridans, presente na flora oral e intestinal, é um infetante pouco comum, com elevada propensão para a formação de abcessos. Homem, 68 anos, internado por febre, dor no hipocôndrio direito e Sinal de Torres Homens. Tinha lesão hepática heterogénea de 12cm, caracterizada como abcesso na TC, que identificou ainda lesão hipercaptante no cólon sigmóide. As hemoculturas foram positivas para SA e a lesão intestinal sugestiva de adenoma viloso na colonoscopia.

IMI-02-008

CAVERNOMA DA VEIA PORTA

Sara Raimundo, Cristina Lameirão Gomes, Vanessa Pires, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

O cavernoma da veia porta é uma entidade rara resultante da sua trombose prolongada que leva ao desenvolvimento e dilatação de múltiplos vasos para recanalização do fluxo sanguíneo. Homem, 75 anos, com cirrose hepática alcoólica (Child-Turcotte-Pugh C), admitido por PBE a S.pneumoniae. Por ascite refratária realizou ecografia abdominal com doppler sugestiva de trombose dos ramos da veia porta e TC abdominal que confirmou cavernoma. Caso de interesse pela complexa decisão terapêutica que implica.

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS | **LCD #2** | **SALA ATRIO**

IMI-02-009

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS A LEGIONELLA PNEUMOPHILA SEROGRUPO 1

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

Homem de 45 anos,sem antecedentes nem medicação habitual,internado por pneumonia a Legionella. Antes de iniciar terapêutica,apresentava rash macular/petequial no joelho direito (A) "de novo",com acentuação perifolicular,não pruriginoso e sem artrite. Resolução do rash com fase descamativa (B),paralelamente à melhoria respiratória. O envolvimento cutâneo durante a infecção por Legionella é extremamente raro e pensa-se ser mediado por toxinas ou pela resposta imunológica do hospedeiro à bactéria.

IMI-02-010

UM CASO DE CISTITE ENFISEMATOSA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Marta Cunha, Sofia Xavier, Sara Freitas, Glória Alves, Pedro Cunha, Jorge Cotter.
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

Homem,56anos, antecedentes de HTA. Recorreu ao SU(12/2015)por desconforto abdominal, febre com 2 dias de evolução, disúria e polaquiúria.Exame objetivo sem alterações.Analiticamente evidenciava-se subida de parâmetros inflamatórios, sedimento urinário ativo.RX abdominal com evidência de nível hidroaéreo vesical levantando-se a suspeita de cistite enfisematosa que foi posteriormente confirmada por TAC.Iniciou empiricamente Piperacilina/Tazobactam com melhoria clínica,sem isolamento na urocultura.

IMI-02-011

HIDATIDOSE HEPÁTICA CALCIFICADA

Rui Terras Alexandre, Carla Pinto, Eugénia Parreira
ULS NORDESTE - UH BRAGANÇA, SERVIÇO MEDICINA INTERNA

Homem de 71 anos, com fatores de risco vasculares, enviado à consulta por queixas álgicas a nível do hemitorax direito, com irradiação escapular. Da investigação clínica, resultou documentação de extensa calcificação de lesão provavelmente hidática no lobo direito. Feita estratificação, iniciou terapêutica e foi enviado para consideração de terapêutica cirúrgica VS percutânea.

IMI-02-012

LESÃO CAVITADA – A CAUSA DE DOR TORÁCICA

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA

Homem, 69 anos. Antecedentes de insuficiência cardíaca de etiologia valvular, aguardar cirurgia e tabagismo. Sete meses antes da admissão fez tratamento dentário. Três meses depois aparecimento de dor na base do hemitórax esquerdo de características pleuríticas. Radiografia de tórax: lesão cavitada com nível hidro-aéreo no hemitórax esquerdo, compatível com abcesso pulmonar. Desaparecimento da lesão após 6 semanas de antibioterapia. Assumido abcesso pulmonar no contexto de tratamento dentário.

IMI-02-013

LEPRA - UMA DOENÇA HISTÓRICA, UMA IMAGEM RARA ACTUALMENTE

Isabel Silva, David Garcia, Rosa Cardoso, João Carlos Silva, Rosário Araújo, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A lepra, hanseníase ou mal de Lázaro é uma doença infecciosa causada pelo bacilo Mycobacterium leprae cujo contágio se dá por via respiratória e se associa a conotação histórica negativa. Estimam-se 12 milhões de afectados no mundo, contudo, é quase inexistente nos países desenvolvidos. Homem de 78 anos, com lepra diagnosticada há vários anos, estável, apresenta rosto com pigmentação e espessamento típicos, deformidades sequelas nas mãos e limitação funcional no contexto de tratamento tardio.

IMI-02-014

CISTICERCOSE: UMA PARASITOSE A RELEMBRAR

Sílvia Paredes, Alexandra Couto, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira
HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Um homem de 89 anos recorreu ao serviço de urgência por deterioração do estado geral desde queda uma semana antes. Ao exame físico, encurtamento e rotação interna do membro inferior esquerdo, tendo sido realizada radiografia. Nas imagens eram visíveis múltiplas calcificações em grão de arroz, com eixo longo orientado no plano das fibras musculares. Estas imagens são muito sugestivas de cisticercose, uma parasitose causada pelas larvas do parasita Taenia solium.

IMI-02-015

AMIGDALITE LINGUAL

Verónica Botelho Guiomar
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Mulher, 46 anos de idade, recorre ao serviço de urgência por dispneia associada a odinofagia e febre. Eritema e exsudato das amígdalas linguais, com hipertrofia a condicionar obstrução parcial da via aérea. A amigdalite lingual é uma entidade rara em adultos. O tratamento assenta em analgesia, antibioticoterapia no caso de etiologia bacteriana e corticoterapia para alívio da obstrução da via aérea. A tonsilectomia pode ser necessária nos casos crónicos. Mulher, 46 anos de idade, recorre ao serviço de urgência por dispneia associada a odinofagia e febre. Eritema e exsudato das amígdalas linguais, com hipertrofia a condicionar obstrução parcial da via aérea. A amigdalite lingual é uma entidade rara em adultos. O tratamento assenta em analgesia, antibioticoterapia no caso de etiologia bacteriana e corticoterapia para alívio da obstrução da via aérea. A tonsilectomia pode ser necessária nos casos crónicos.

IMI-02-016

LINFANGITE AGUDA COM LINFADENITE

Vasco Evangelista, Cristiana Gonçalves, Vera Silveira, Susana Franco, Maria João Serpa, Teresa Padrão, Raquel Almeida, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Homem de 53 anos, trabalhador de aviário, sem antecedentes patológicos. Internado por celulite do punho esquerdo com origem em ferida incisa. Ao exame objectivo verificavam-se sinais típicos de linfangite aguda e a ecografia músculo-tendinosa revelou adenopatias inflamatórias, traduzindo linfadenite. A linfangite aguda é geralmente consequência de infecção estreptocócica (em particular Streptococcus pyogenes) ou estafilocócica. Neste caso foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone.

IMI-02-017

ANEURISMA MICÓTICO NA SÉPSIS

Inês Furtado, Ana Vigário, Catarina Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

Formação nodular a ocupar sulco frontal lateral à direita, com componente justa-cortical sem evidente shunt arterio-venoso - aneurisma micótico provável em doente com sépsis.

IMI-02-018

PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS JIROVECII

Sofia Xavier Pires, Sofia Rolo, Carla Carneiro, Clarisse Neves, Emília Lopes, Glória Alves, Jorge Cotter
HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Mulher de 46 anos, antecedentes de infecção por vírus da imunodeficiência humana, com história de incumprimento, apresentava anorexia, astenia intensa, perda ponderal de 14% do peso corporal em 3 semanas, dispneia em repouso e tosse produtiva com esputo-mucopurulento. Quantificados 23 Linfócitos T CD4. Documentada hipoxemia e isolado Pneumocistis jirovecii em múltiplas amostras de expectoração. Iniciada terapêutica com co-trimoxazol. Evolução clínica favorável.

IMI-02-019

PIOMIOMETRITE

Joana Martins, Rita Lopes, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 74 anos, autónoma, antecedentes de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por anorexia e perda ponderal de 38Kg num ano. Ao exame objetivo tinha tumefação pélvica. A TAC mostrou massa de paredes espessadas com nível hidroaéreo. Foi observada por Ginecologia e realizou histerectomia e anexectomia bilateral. O resultado anatomopatológico foi de piomiometrite aguda com piométrio. A doente recuperou progressivamente; teve alta para consulta de Ginecologia.

IMI-02-020

IMAGENS DE PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA

Carmen Pais, Rita Silva, Andreia Costa, Inês Grilo, Fernando Salvador, Sónia Carvalho, António Trigo Faria
HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 64 anos com hábitos tabágicos e alcoólicos, recorreu ao serviço urgência por dispneia, tosse seca e febre. A radiografia torácica (imagem 1) mostrava opacidades intersticiais bilaterais e a TC torácica de alta resolução revela densificações parenquimatosas alveolares e do interstício de aspeto reticular e consolidações com broncograma aéreo (imagem 2 e 3). Antigenúria pneumocócica positiva. Aos 15 dias de tratamento, evolução para áreas cavitadas (imagem 4) com pesquisa de MT negativa.

IMI-02-021

UM ACHADO IMAGIOLÓGICO INESPERADO

Inês Teles Grilo, Isabel Militão, Adelaide Moutinho, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 66 anos, recorreu ao Serviço Urgência com queixas sugestivas de infeção respiratória. Na telerradiografia do tórax observam-se numerosas calcificações ovaladas, sugestivas de cisticercose. Cisticercose é uma infeção causada pelas larvas da Taenia solium. Estas transformam-se em cisticercos, que posteriormente involuem para uma forma granulomatosa calcificada. As inclusões musculares ou subcutâneas constituem um achado em exames radiológicos, não necessitando de tratamento específico.

IMI-02-022

GASTRODUODENITE ENFISEMATOSA

Teresa Tavares, Frederico Duarte, Cristina Rodrigues, Rui Môço
HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA (DIRETOR DE SERVIÇO - DR. ANTÓNIO FURTADO)

Homem de 90 anos com dor abdominal difusa, vómitos e diarreia. Apresentava elevação dos marcadores inflamatórios e a tomografia computorizada mostrava ar no interior das paredes do estômago (Figura 1) e duodeno (Figura 2), consistente com gastroduodenite enfisematosa. Resolução clínica e imagiológica após dieta zero e Piperacilina/Tazobactam durante 14 dias, sem necessidade de cirurgia e sem recrudescimento ao fim de 1 ano. A gastroduodenite enfisematosa tem uma mortalidade de cerca de 80%.

IMI-02-023

CISTICERCOSE

Miguel Alves, Elizabete Pinelo, Adelaide Esteves, Eugénia Madureira
ULSNE HOSPITAL DE BRAGANÇA

Mulher de 37 anos, sem antecedentes pessoais importantes e sem medicação habitual, que é enviada à consulta de Medicina Interna pelo seu médico de família para estudo de parestesias e diminuição da força muscular e perda da sensibilidade a nivel dos dedos das mãos. Realizou Rx Cervical e da Coluna e observou-se osteoartrose incipiente e cisticercose.

IMI-02-024

CISTICERCOSE DISSEMINADA

Andreia Póvoa, Pedro Vieira, Paulo Zoé Costa, Francisco Morgado, Paula Neves, Rodrigo Maia Alves, Ana Teresa Moreira, Joselina Barrios Chirivella, Jorcélio Vicente, Iurie Pantazi, Joana Vedes, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS - GUARDA

Mulher de 98 anos dependente para as actividades de vida diárias foi trazida ao Serviço de Urgência por queda acidental com dores à mobilização da anca e joelho direitos. Nas radiografias verificou-se várias lesões calcificadas incrustadas nos tecidos muscular e subcutâneo com aspecto de grão de arroz cujos eixos longos parecem acompanhar os planos das fibras musculares. Isto é altamente sugestivo de cisticercose que ocorre por disseminação hematogénica de larvas de Taenia solium.

IMI-02-025

LINFOMA DO TESTICULAR EM DOENTE VIH

Pedro Lopes, Raquel Gonçalves, Rosa Sá, Isabel Ramos, João Porto, Manuel Veríssimo, Saraiva da Cunha, Armando de Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem 58 anos, VIH sob TARV com bom estado imunológico e supressão vírica. Recorreu por dor e edema testicular direito com 1 semana de evolução. Realizou ecografia com assimetria das dimensões testiculares, testículo direito (62x43x49mm), com contornos regulares e textura heterogénea, condicionada por várias áreas hipoecogénicas de morfologia nodular. Aumento da vascularização intra-parenquimatosa. Biópsia: linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B.

IMI-02-026

TACHE NOIR – A MARCA DA RICKETTSIA

António Ferreira, Joana Serôdio, Ana Margarida Peixoto, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO MEDICINA I – ULSAM

Homem, 51 anos, guarda florestal, recorreu ao SU por febre e alterações cutâneas. Apresentava eritema maculo-papular disperso em toda a superfície corporal (Imagem A) incluindo palmas das mãos (Imagem B) e plantas dos pés. Neste caso, após um exame rápido, verificou-se sob a meia uma lesão ulcerada necrótica compatível com tache noir (Imagem C) que permitiu o diagnóstico final. Concluiu-se rickettsiose e iniciou doxiciclina. A tache noir pode não ser evidente e deve ser procurada ativamente.

IMI-02-027

UM CASO (JÁ RARO) DE CAQUEXIA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

António Ferreira, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Lúcia Meireles-Brandão, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

Homem de 42 anos, infecção VIH/SIDA diagnosticada aos 26 anos de idade, atualmente com imunossupressão avançada e replicação viral ativa por incumprimento terapêutico, com múltiplas resistências aos antiretrovíricos e várias infeções oportunistas documentadas. Na imagem pode-se constatar a presença de caquexia associada ao VIH. Atualmente a terapêutica antiretrovírica permite o controlo da infeção por VIH, sendo raros, no presente, casos semelhantes ao apresentado.

IMI-02-028

ERITEMA NO ADULTO

Ana Silva Fernandes, Rui Costa, Ana Teresa Goes, António Caetano, Henrique Rita, José Sousa e Costa
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - SERVIÇO DE MEDICINA

Homem de 29 anos, sem diagnósticos prévios ou medicação habitual. Lesões maculopapulares com halo não pruriginoso e lesões purulentas com evolução para crostas melicéricas (A) dispersas por toda a superfície corporal com 1 mês. Artralgias e microalbuminúria associadas. Admitido impétigo de etiologia estreptocócica com melhoria após 72h de antibioterapia (B). Excluídas infeções virais ou doenças auto-imunes; TASO elevado. Hemoculturas negativas e ecocardiograma excluiu endocardite.

IMI-02-029

INFEÇÃO DE PRÓTESE DA ANCA A PSEUDOMONAS

Rita Silva, Carla Madureira Pinto, Ana Rita Alves Lopes, Elisa Tomé, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - UH BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 77 anos, antecedentes de Diabetes tipo 2, prótese total da anca e joelho esquerdas. Admitida por febre e dor na coxa esquerda. Objetivamente hipotensa, taquicárdica, coxa esquerda com sinais inflamatórios e ferida com drenagem purulenta. TC da coxa revelou coleção multiloculada na espessura do quadricípite esquerdo com extensão à articulação coxofemoral e trajeto fistuloso até à face lateral, de conteúdo líquido e gasoso, medindo 28x4cm. Removida prótese; isolada Pseudomonas aeruginosa.

IMI-02-030

ABCESSO CEREBRAL - DESAFIO DIAGNÓSTICO

Liliana Torres, Luís Nogueira, Paulo Santos, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 69 anos. Antecedentes de carcinoma gástrico. Quadro de prostração há 2 dias. Objetivamente Glasgow 8. Analiticamente sem alterações. TC crânio múltiplas áreas lesionais hipodensas, sugerindo lesões neoplásicas/infeciosas. Ecocardiograma (ECO) transtorácico sem evidência de vegetações. Por suspeição clínica de embolização por endocardite realizado ECO transesofágico revelando vegetações mitro-aórticas. Efetuada antibioterapia com boa evolução, verificando-se redução das lesões abcedadas.

IMI-02-031

FÍSTULA PLEURO-CUTÂNEA EM DOENTE VIH COM TUBERCULOSE PULMONAR

Filipa Duarte-Ribeiro, Cátia Dias, Andreia Seixas, Tiago Teixeira, Margarida Mota, Rosas Vieira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO – UNIDADE DE DOENÇAS INFECIOSAS

Homem, 37 anos, toxicodependente, coinfecção VIH/VHC/VHB, tuberculose ganglionar (2006 - 12 meses de tratamento), internamento (2012) por pneumonia do lobo esquerdo complicada com empiema, submetido a lobectomia inferior esquerda com fístula bronco-pleural sequelar. Diagnosticada tuberculose pulmonar (Fevereiro/2016), iniciou antibacilares. Admitido no serviço de urgência por insuficiência respiratória e fístula pleuro-cutânea com drenagem purulenta e exteriorização de ar.

IMI-02-032

ABCESSO PULMONAR

Liliana Torres, Luís Nogueira, Paulo Santos, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 47 anos. Quadro de tosse seca, anorexia e perda ponderal com 1 mês de evolução. Objetivamente murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo. Analiticamente PCR 170mg/L. Radiografia do tórax com hipotransparência à esquerda. TC do tórax com volumoso abcesso pulmonar esquerdo com diâmetro longitudinal de 15,3cm. Efetuada drenagem e antibioterapia verificando-se evolução favorável.

IMI-02-033

CELULITE DA MAMA COM ECZEMA ESCORIADO

Pereira C., Luís M., Figueiredo A., Silva A., Rodrigues A.
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAL GERAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Senhora de 50 anos com antecedentes de neoplasia da mama esquerda submetida a mastectomia total esquerda e quimioterapia. Recorre à urgência por quadro de tosse não produtiva, dispneia e dor a nível da mama direita com 3 semanas de evolução. Previamente observada pela Dermatologia tendo sido feito o diagnóstico de celulite da mama direita com eczema escoriado medicado com cefaclor e valerato de betametasona e ácido fusídico sem melhoria. Encaminhada para seguimento na Ginecologia.

IMI-02-034

HIDATIDOSE HEPÁTICA CALCIFICADA

Luís Santos, Joana Alves, António Ferreira, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL DE SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Os quistos hidáticos são o resultado da infecção por Echinococcus e podem causar quistos em qualquer local do corpo. Apresentam-se as imagens do caso de uma mulher de 73 anos, trazida ao serviço de urgência por dispneia súbita. Realizou Angio-TAC pulmonar para exclusão de tromboembolismo pulmonar e foram detectados incidentalmente 2 volumosos quistos hidáticos calcificados. As imagens também eram visíveis na radiografia de tórax.

IMI-02-035

ALERTA ASSÉPSIA – ESPONDILODISCITE E ABCESSO PARA-VERTEBRAL POR MRSA

Rita Silvério, Diana Pedreira, Vanessa Figueiredo, Pedro Carreira, Paula Lopes, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITAL DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos, com história de internamento por retorragia por proctite rádica complicado por flebite na mão. Reinternado dias depois por bacteriémia a MRSA tendo efectuado linezolide.Reinternado após 1 mês por febre e dor dorso-lombar.A ressonância da coluna dorsal revelou volumoso abcesso em D6-D7 e colapso do disco, com extensão anterior, lateral direita e inferior até ao plano do corpo vertebral D9, com maior dimensão de 77mm, condicionando compressão da medula.

IMI-02-036

CAVITAÇÃO ´HABITADA´

Francisca Abecasis, Ana Catarina Duarte, Catarina Valadão, José Nuno Raposo
HOSPITAL GARCIA DE ORTA- SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 75 anos com história de tuberculose pulmonar (TP). Internada por astenia e anemia microcítica e hipocrómica, ferropénica. Colonoscopia e ecografia pélvica sem alterações. Radiograma torácico complementado com Tomografia computorizada de tórax: alterações fibróticas e distorção arquitetural,

bronquiectasias de tração; cavitação "habitada" (compatível com sequelas de TP com provável micetoma). Isolamento de Aspergillus nas secreções brônquicas, tendo iniciado terapêutica com voriconazol.

IMI-02-037

UM CASO DE DOR ABDOMINAL

Juvenal Morais, Ana Varela, Domingos Sousa, Ana Isabel Rodrigues, Margarida Viana, Tania Gago, Elena Rios, Alfredo Santos
HOSPITAL DE FARO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 3

Homem de 40 anos, Marroquino, detido em estabelecimento prisional. Sem antecedentes relevantes. Recorre ao SU por quadro de dor no quadrante superior direito, com limitação da marcha, associado a anorexia, náuseas e vómitos. Objectivamente com dor à palpação abdominal generalizada. Analises com elevação de PCR e transaminases. TC-Abdómen com 3 imagens compatíveis com quistos hidáticos, o maior dos quais em estadio C3b. Iniciou Albendazol E protelou-se a cirurgia dado o elevado risco de ruptura.

IMI-02-038

BRUCELLA ABORTUS – UM CASO CLINICO

Hélia Mateus, Adriana Silva, Vânia Rodrigues, Filipa Amado, Luísa Teixeira, Amália Pereira, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Mulher,57 anos. Quadro de febre, cefaleias, mialgias, artralgias desde há 4 dias associado a exantema desde há 2 dias, em agravamento progressivo. Na admissão: exantema maculo-papular, não pruriginoso generalizado; sem organo/adenomegalias. Contexto epidemiológico: ingestão de queijo fresco caseiro. Analiticamente: Serologia Brucella Abortus positiva (Rosa Bengala, Reacção de Wright >1/160). Realizou antibioterapia (gentamicina e doxiciclina) com regressão do quadro.

IMI-02-039

ABCESSO CEREBRAL: UMA HISTÓRIA DE OTITE SUPURATIVA

Anusca Paixão, Natália Lopes, Trigo Faria
CHTMAD, HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 71 anos com otite supurativa prévia à esquerda sem resolução após vários ciclos de antibioterapia. Recorre ao Serviço de Urgência por disfasia e prostração. Encontrava-se febril, e com hemiparesia direita. TC-CE: lesão abcedada temporal esquerda com provável origem em otite complicada à esquerda, destruição da cadeia ossicular e erosão do canal semicircular lateral. Submetido a drenagem do abcesso cerebral seguida de mastoidectomia radical e reconstrução do canal auditivo externo.

IMI-02-040

PARÉSIA FACIAL PERIFÉRICA - UM CASO DE COLESTEATOMA

Sara Freire, João Seabra Barreira, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Homem de 41 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por parastesias da hemiface esquerda com 2 dias de evolução. À observação apresentava-se apirético e com parésia facial periférica esquerda, sem outras alterações. A tomografia computorizada revelou colesteatoma, com preenchimento do mesotímpano, destruição da cadeia ossicular (à direita íntegra – setas), deiscência do facial (2ª porção) e erosão do canal semi-circular externo. Foi submetido a Mastoidectomia e miringostapedopexia de urgência.

IMI-02-041

O ALGODÃO NÃO ENGANA…

José Costa Carvalho, Joana Alves, Luís Santos, Raquel López, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Alfredo Pinto
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, ULSAM – HOSPITAL DE SANTA LUZIA

A Candida é um fungo comensal do trato gastrointestinal e genitourinário. A doença (candidíase) manifesta-se quando há um "desequilíbrio" no hospedeiro (e.g. imunossupressão). Apresentamos o caso de um homem de 86 anos internado para estudo de quadro febril, disfonia e disfagia. Concluiu-se uma candidíase nasofaríngea, laríngea e esofágica. A serologia VIH foi negativa. Iniciou tratamento com Fluconazol 100mg bid e Nistatina com resposta favorável. Endoscopia Digestiva Alta(1) e Fibroscopia(2)

IMI-02-042

UM CASO DE CIFOSE ADQUIRIDA

Ana Brito, Sara Marote, Frederico Filipe, Paulo Barreto
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL SERVIÇO DE MEDICINA 2.3

Homem, 37 anos, coinfeção VIH/VHC sob antiretrovirais. Tem história de espondilite tuberculosa (Mal de Pott) intervencionado para correção de cifose com colocação de material a D10-D12. Internado 8 anos depois por agravamento de sintomas de compressão medular (diminuição da força dos membros inferiores). Constatou-se deformação marcada com colapso vertebral total e compressão medular. Foi submetido a cirurgia com laminectomia extensa após a qual mobilizava espontaneamente os membros inferiores.

IMI-02-043

ABCESSO RETROPERITONEAL VOLUMOSO

Anusca Paixão, Natália Lopes, Trigo Faria
CHTMAD, HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher,73 anos. Foi ao serviço de Urgência por dor na anca e ombro esquerdos, febre e disfunção mecânica do MIE. TC- AP: volumosa coleção com bolhas de gás, desde a região subfrénica esquerda; pelo espaço pararrenal posterior envolvendo o músculo psoas e ilíaco com desvio anteromedial do cólon e rim esquerdos; até aos músculos nadegueiros. Submetida a drenagem percutânea. Etiologicamente sem acometimento renal ou do colon; com infeção de prótese da anca esquerda, que foi posteriormente removida.

IMI-02-044

DOENTE VIH COM KAPOSI DE APRESENTAÇÃO PULMONAR

Flávio Marino, Iolanda Espírito Santo, Carla Tonel
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA, SERVIÇO DE MEDICINA 1.

Homem, 53 anos, raça caucasiana, infeção VIH1 há 15 anos, sem seguimento, internado por dispneia e febre com 1 mês de evolução. Apresentava telerradiografia do tórax com hipotransparências heterogéneas nodulares, em toda a extensão dos 2 campos pulmonares. Tomografia computorizada torácica com múltiplos infiltrados nodulariformes bilaterais com padrão de distribuição endobrônquica. Exame endoscópico: mucosa com lesões avermelhadas irregulares compatível com lesões de Kaposi endobrônquico

IMI-02-045

QUISTOS HIDÁTICOS

Maria Vilela, Ana Claúdia Carneiro, Claúdia Maio, Pedro Neves, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE - UNIDADE DE FAMALICÃO

A hidantose é uma doença rara em Portugal. Um homem de 86 anos recorreu ao Serviço de Urgência por queixas gastrointestinais. Do estudo imagiológico realizado foram identificadas 3 lesões hepáticas quísticas calcificadas sugestivas de quistos hidáticos, já conhecidos pelo doente. Os autores apresentam estas imagens para relembrar que, apesar de rara, a hipótese de hidantose deve ser equacionada perante a presença de quistos hepáticos.

IMI-02-046

UM CASO DE TELANGIECTASIAS INTESTINAIS

Ana Sofia Costa Matos, Ana Rita Cambão, Francisco Teixeira Silva, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Mulher, 71 anos, admitida por quadro com um ano de evolução de dejecções líquidas abundantes, emagrecimento e artralgias de pequenas articulações. Objetivamente caquética, hipotensa, febril, com abdómen distendido e edema periférico. Analiticamente anemia ferropénica e hipoalbuminémia. Tomograficamente com distensão hídrica de ansas intestinais. No estudo endoscópico presença de telangiectasias no duodeno e íleon terminal e o estudo histológico confirmou o diagnóstico de Doença de Whipple.

IMI-02-047

SINDROME DE KARTAGENER – UMA ENTIDADE NOSOLÓGICA RARA

Marta Marques, Cristina Soeiro, Celina Gonçalves, Ana Horta, Ana Paula Tavares, Rui Sarmento e Castro
H.J.U. - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Imagem de homem de 36 anos, com infecção HIV-1 sob terapêutica antirretrovírica combinada, com RNA VIH-1 suprimida e 776 linfócitos T CD4+/mm3, com história de infecções respiratórias de repetição e abcessos pulmonares. Radiografia de tórax mostrando dextrocardia e tomografia computorizada evidenciando dextrocardia, situs inversus total e bronquiectasias, característico desta entidade, bem como lesão cavitada com cerca de 4 cm. Boa resposta clínica e imagiológica à antibioterapia.

IMI-02-048

UM FENÓTIPO POR VIH

MARIA MARGARIDA LUIS, RAFAELA VERISSIMO, MARCIA OLIVEIRA, CLAUDIA ROZEIRA, AGRIPINO OLIVEIRA, VITOR PAIXAO DIAS
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - UNIDADE III. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO, EPE.

Homem, 43 anos. Coinfecção VIH/VHC. Iniciada Terapêutica Anti-Retroviral. Sinais inflamatórios do pé direito. Admitida e tratada celulite, com sobreinfecção fúngica. Múltiplas pústulas purulentas nos dedos do pé - punção aspirativa microbacteriologicamente estéril. Serologias pertinentes negativas. Considerada psoríase. Identificada oligoartrite assimétrica, com fasceíte e dactilite dos pés. Alterações radiográficas compatíveis. Congregando achados, assumida Artrite psoriática em doente VIH.

IMI-02-049

SÍNDROME DA URINA ROXA - UMA BELEZA RARA

Vera Luís, Svitlana Hrihoryan, Maria José Grade, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE – UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO – SERVIÇO DE MEDICINA 4

Mulher de 94 anos, acamada, internada por sépsis com ponto de partida urinário, tendo falecido. A urina roxa no tubo e saco coletor da algália, é acontecimento raro. A explicação etiológica mais consensual consiste numa infeção do trato urinário por bactérias que degradam um metabolito do triptofano, em compostos que em meio alcalino dão cor roxa. As batérias isoladas incluem Pseudomonas aeruginosa, Proteus mirabilis, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae e Morganella morganii.

IMI-02-050

ODINOFAGIA PERSISTENTE – QUANDO NEM TUDO O QUE PARECE É!

Raquel Moreira da Cruz, Sara Pinto, Fani Ribeiro, Margarida Cruz, Filipa Sousa, Mariana Teixeira, Clarinda Neves
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA

Mononucleose Infeciosa é provocada pelo vírus Epstein-Barr, comum em adultos jovens, e faz diagnóstico diferencial com Amigdalite Aguda. Mulher 21 anos, com odinofagia e febre com 2 semanas de evolução, medicada com vários ciclos de antibioterapia. Mantinha febre, odinofagia, hipertrofia amigdalina com exsudado bilateral, adenopatias cervicais e inguinais e hepato-esplenomegalia. Linfocitose, monocitose e citocolestase. Paul-Bunnel positivo. Boa resposta à corticoterapia.

IMI-02-051

EXUBERANTES ADENOPATIAS CERVICAIS POR MONONUCLEOSE A CITOMEGALOVÍRUS

Francelino Ferreira, Nuno Guerra, Ruben Reis, Paula Pona, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

Jovem de 23 anos, previamente saudável e vacinas atualizadas. Recorreu ao serviço de urgência por aparecimento de duas tumefações na região submandibular, com crescimento progressivo e acompanhado por febre. A biópsia foi negativa para malignidade e a na TC cervical identificam-se várias adenopatias em topografia sublingual/submandibular, com restante estudo imagiológico inocente. Da avaliação laboratorial destaca-se IgM e IgG positiva para Citomegalovírus, com restantes serologias negativas.

IMI-02-052

QUISTO HIDÁTICO HEPÁTICO

Elisabete Bento Guerreiro, Inês Goulart, Tiago Guerreiro, Manuel Ferreira Gomes, Paulo Cantiga, J.L.Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Quisto hidático (serologia+ 1/2560) de doente de 93 anos admitida com sépsis grave em contexto de colangite; evolução para choque séptico e morte. Fig1. Ecografia: Volumosa formação heterogénea, com áreas sólidas e líquidas no lobo hepático direito estendendo-se até ao flanco direito, 16 x 7,2 cm. Fig2. TAC: Volumosa formação hipodensa no lobo hepático direito, septada, 14 x 10 x 3 cm de maiores diâmetros, com pequenas áreas de maior densidade à periferia na sua vertente externa e superior.

IMI-02-053

MEDIASTINITE AGUDA

Joana Carreiro, Mónica Seidi, Lénio Couto, Alexandra Freitas, Maria Guadalupe Benites, Almerindo Rego
HOSPITAL SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 35 anos, com odinofagia, febre, disfagia, trismus e palpação dolorosa da região inframandibular com 6 dias de evolução. TC cervical com colecções líquidas perifaríngeas, à esquerda da linha média; gás no pescoço, dissecando os tecidos anterior e posteriormente à traqueia, até ao mediastino superior. A mediastinite ocorre principalmente após cirurgia cardiovascular. Outras causas são a ruptura esofágica e infecções cervicais profundas que com o advento da antibioterapia se tornaram raras.

IMI-02-054

ENDOCARDITE INFECIOSA – APRESENTAÇÃO COM ABCESSO E EMBOLIZAÇÃO CEREBRAL

Joana Ricardo Pires, Jorge Henriques, Margarida Eulálio, Ana Faustino, Olga Gomes, Maria José Moreira, Rosa Jorge
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO MEDICINA INTERNA

A endocardite infeciosa pode apresentar-se com sintomas inespecíficos, sendo diagnosticada em fases avançadas, já com complicações locais ou sistémicas. O seu não reconhecimento pode levar a lesões valvulares irreversíveis e à morte. Mulher, 70 anos, sob corticoterapia, com febre, dispneia e dor torácica há 8 dias. Diagnosticado choque séptico por endocardite da válvula mitral com abcesso e embolização séptica cerebral. Iniciou antibioterapia e suporte ionotrópico, contudo faleceu horas depois.

IMI-02-055

A PROPÓSITO DA TACHE NOIRE

Ricardo Fernandes, Sara Almeida Pinto, Daniela Martins-Mendes, Vitor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

A febre escaro-nodular é uma zoonose caracterizada pelo aparecimento de febre, eritema maculo-papular generalizado com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés e da típica tache noire, que, embora nem sempre presente, é um sinal quase patognomónico da doença. Apresentamos um caso onde a clínica aliada ao exame objetivo tornam o diagnóstico de tal forma evidente que praticamente dispensam a realização de exames auxiliares.

IMI-02-056

TUBERCULOSE PULMONAR INVENTILÁVEL

Carla Maia, Ana Luísa Marçal, Inês Neves, Carolina Guedes, Anabela Ferreira, Luísa Guerreiro
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 50 anos. Tabagismo e alcoolismo activos. Quadro com 3 semanas de evolução de tosse produtiva, dispneia e síndrome constitucional. Lesões pulmonares cavitadas e padrão consolidativo de árvore-em-botão na tomografia. Isolamento de Mycobacterium tuberculosis. Iniciou antibacilares, mas manteve insuficiência respiratória em agravamento, necessitando de suporte com Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) durante 25 dias, com boa evolução posterior.

IMI-02-057

UM CASO DE ESPONDILODISCITE COM DISSEMINAÇÃO MEDIASTÍNICA

Joana Milho, Rita Martins, Catarina Silva, Maria José Alves, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 66 anos com febre, lombalgia e paraparésia dos membros inferiores com 3 semanas de evolução. Análises com parâmetros inflamatórios elevados; Rx tórax com derrame pleural esquerdo; TC torácica com abcessos mediastínico e para-vertebral ao nível de D12, sugestivo de espondilodiscite com disseminação mediastínica. Após confirmação do diagnóstico realizou terapêutica antibiótica dirigida, drenagem do abcesso mediastínico e cirurgia de descompressão medular, com melhoria neurológica.

IMI-02-058

HERPES ZOSTER - IMAGENS EM MEDICINA

Alexandra Esteves, José Costa Carvalho, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Os autores apresentam um caso clínico de doente com manifestação de Herpes Zoster. Caracteriza-se geralmente por pápulas eritematosas agrupadas, no trajecto de um dermátomo, preferencialmente dorso-lombar, após pródromo de dor local, dias a semanas antes do eritema e que pode persistir após a resolução das lesões. Em doentes imunocompetentes as lesões tornam-se vesiculares, depois pustulares ou hemorrágicas antes de secarem, geralmente 7 a 10 dias após o início dos sintomas.

IMI-02-059

TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – REACTIVAÇÃO?

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Anabela Silva, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A tuberculose (TB)do Sistema Nervoso Central (SNC)corresponde a 1% dos casos de TB. Sexo feminino, 84 anos, antecedentes de TB-SNC (toma errática). Admitida por prostração,desorientação e défice focal. Realizados TC-CE e RMN-CE:"processo micobacteriológico ativo parenquimatoso´;3 punções lombares (proteinorraquia, glicose diminuída, BAAR, micobacteriologico/bacteriologico negativos). Assumida reactivação meningite TB estadio II, iniciou antibacilares. À data de alta com períodos de desorientação

IMI-02-060

ABCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A MIGRAÇÃO DE ESPINHA DE PEIXE

André Gordinho, Tatiana Louro, Steeve Rosado, Rui Valente, Teresa Mesquita, Francisco Araújo, Jose Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Homem de 72 anos com factores de risco vascular e portador de prótese aórtica mecânica, com dias de evolução de astenia, adinamia e febre com calafrio, sem focalização de órgão. A investigação etiológica revelou a presença de abcesso hepático, destacando-se ainda a presença de um corpo estranho localizado entre o estômago e o lobo esquerdo do fígado (imagem linear hiperdensa com 4 cm de comprimento) tratando-se de provável espinha. Foi isolado Streptococcus constelattus do pús do abcesso.

IMI-02-061

MAL DE POTT

Ana Andresa Sousa, Dulce Pinheiro, Luís Andrade, Vitor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 3

Doente com dor lombar intensa, persistente, de caracteristicas inflamatorias, com 5 meses de evolução. A Ressonância Magnética coluna lombar revelou espondilodiscite no nível D8-D9, com erosão das plataformas vertebrais e redução da altura dos corpos vertebrais envolvidos, componente lesional epidural com compressão medular e abcessos para-vertebrais antero-laterais. Exame cultural micobacteriológico do material colhido durante a Cirurgia com isolamento de Mybacterium tuberculosis complex

IMI-02-062

ESOFAGITE POR HERPES VIRUS I

Rosa Cardoso, Pedro Gonçalves, Margarida Monteiro, David Araújo, Isabel Silva, Manuela Vasconcelos
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Masculino, 63 anos, antecedentes de Vasculite ANCA (MPO), sob corticoterapia e ciclofosfamida. Admitido por infeção respiratória e hemorragia alveolar. No internamento, por odinofagia realizou endoscopia alta documentando esofagite vírica. DNA de CMV e Herpes I positivos na biópsia esofágica. Histologia revela infeção por vírus herpes. Medicado com ganciclovir. A esofagite infeciosa atinge sobretudo indivíduos imunocomprometidos, com manifestação mais indolente e tratamento mais prolongado.

IMI-02-063

LESÕES CAVITADAS NA TUBERCULOSE PULMONAR

Ana Areia Reis, Margarida Bela, Natália Oliveira, Diana Cruz, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TAMEGA E SOUSA - SERVIÇO DE MEDICINA

Homem, 59 anos. Quadro com 3 semanas de tosse produtiva purulenta, dor torácica pleurítica, dispneia para grandes esforços, anorexia, perda ponderal (30 kg) e hipersudorese noturna. Objetivamente eupneico, apirético, murmúrio vesicular globalmente diminuído. Analiticamente PCR 167 mg/L. Radiograficamente duas volumosas lesões cavitadas no lobo superior direito e no lobo médio, ambas com nível hídrico. Confirmado diagnóstico de tuberculose pulmonar, iniciou anti-tuberculostáticos

IMI-02-064

GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA - A PREPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO TARDIA

Rafael Silva, Rita Magano, Diana Gonçalves, João Rua, Nildelema Malaba, Luis Trindade, Vitor Duque
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B HOSPITAL GERAL

Homem 28 anos, sem antecedentes ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por odinofagia e disfagia marcada com 3 dias de evolução. Ao exame físico apresentava-se febril (38.2ºC), múltiplas lesões ulceradas/aftosas da mucosa oral e gengivas. Namorada apresentava herpes labial. Iniciou Aciclovir 400 mg 5 id. Realizou zaragatoa das lesões que positivaram para ADN de Herpes Simplex Virus 1 (HSV1). IgM e IgG para HSV1 negativos no sangue periférico.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS LCD #2 SALA ATRIO

IMI-02-065

PORQUE UM AZAR NUNCA VEM SÓ...

Vanessa Vieira, Carolina Ormonde, Luís Dias, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 75 anos, com Carcinoma Espinocelular pulmonar, estadio IV, é trazido à Urgência por quadro de lombalgia e paraplegia de ambos os membros inferiores com 4 dias de evolução. Fez radiogafia da coluna dorsal: fractura vertebral em cunha a nível de D9; TC coluna dorsal: colapso do corpo vertebral de D9 com envolvimento metastático deste corpo e de D10, com massa paravertebal e retrovertebral à direita com envolvimento do canal raquidiano. Há adjacente uma massa pulmonar de grandes dimensões.

IMI-02-066

UMA PISTA NO OLHAR

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA-SERVIÇO DE MEDICINA II

Mulher de 44 anos, observada por astenia e tosse seca com um mês de evolução. Exame objectivo: a destacar apenas discreta supraversão ocular esquerda, sem diplopia ou proptose; restante exame neurológico normal. TC-CE: metastização cerebral múltipla e metástase no pavimento orbitário esquerdo (145x110mm). Diagnóstico final: carcinoma ductal invasivo estadio IV. A órbita é um local raro de metastização e até 58% dos casos têm origem em neoplasias mamárias. Destaca-se a ausência de queixas oculares.

IMI-02-067

ERITRODERMIA PARANEOPLASICA

Carla de la Guerra, Ana Moreno, Amaia Cuñado, Aratzazu Maiz, Esperanza Montero, Pilar Bernardo, Nicolás Gurruchaga, Aloña Gartzia, Iratxe Ocerin, Concepción Tamayo
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO, BILBAO, ESPANHA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, GINECOLOGIA E DERMATOLOGIA

Mulher de 79 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, iniciou semanas antes do seu internamento prurido generalizado e descamaçao com atingimento do tronco, membros e face, sem melhora apos tratamento sintomático. Foi internada semanas depois por ascite e o estudo revelou cancro de utero com fenómenos de carcinomatose peritoneal. Iniciou quimioterapia paliativa e antidepressivo ISRS com leve melhoria dos sintomas cutáneos.

IMI-02-068

SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: NUMA PERSPECTIVA IMAGIOLÓGICA

Ana Patrícia Gomes, Pedro Lito, Joana Cardoso, Dídia Lages, Eduardo Carvalho, Carlos Lino, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) surge quando há redução ou obstrução do fluxo de sangue através da veia cava superior (VCS). Está frequente associada a neoplasias pulmonares ou mediastínicas, que comprometem a drenagem venosa através da VCS, quer por compressão directa quer por fenómenos trombóticos associados ao tumor. Esta imagem de angio-TAC torácico comprova a vascularização de colaterais derivadas da obstrução da VCS em doente de 55 anos com Carcinoma pouco diferenciado de pulmão.

IMI-02-069

ASSIMETRIA DOS MEMBROS SUPERIORES – A MANIFESTAÇÃO INICIAL DE UMA NEOPLASIA

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Homem, 78 anos. Admitido no SU por edema do membro superior direito com 2 semanas de evolução. Ecodoppler venoso: trombo a ocluir a veia subclávia direita, axilar e veia umeral direita. Iniciada hipocoagulação. Tomografia computorizada de tórax: lesões nodulares espiculadas bilaterais, a maior no lobo inferior esquerdo com 3cm que foi biopsada e cuja histologia foi compatível com adenocarcinoma pulmonar. A trombose venosa profunda (TVP) dos membros superiores é responsável por 2-4% das TVP.

IMI-02-070

SARCOMA DE KAPOSI (SK) EM DOENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) NEGATIVO

Tânia Batista, Paula Manuel, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

SK é uma neoplasia vascular. Tem evolução variável, desde indolente até ao envolvimento visceral fulminante. Surge geralmente em doentes VIH positivo, não sendo porém condição obrigatória. Homem, 48A, internado por insuficiência cardíaca descompensada. Objetivadas lesões papulosas, nodulares, violáceas, angiomatosas e hiperqueratósicas, com 0.3-2cm, nos membros e 3.º dedo do pé, com 1 ano de evolução. Analiticamente VIH negativo. A biópsia revelou SK. Excluído envolvimento linfático e visceral.

IMI-02-071

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA CONJUNTIVA COM METASTIZAÇÃO GANGLIONAR CERVICAL

Verónica Botelho Guiomar, Isabel Sofia Azevedo Pereira, Margarida Isabel Ribeiro de Cavadas Pereira e Alvelos
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Homem, 87 anos de idade, recorre ao serviço de urgência por lesão da conjuntiva direita com crescimento rápido em 3 semanas. Exame histológico compatível com carcinoma epidermoide pouco diferenciado da conjuntiva. Realizada exérese da lesão tumoral, mas com recidiva rápida e metastização ganglionar cervical homolateral. Este tumor é a segunda neoplasia ocular mais comum e apesar de metastizar raramente, apresenta mau prognóstico se não for diagnosticada e tratada precocemente.

IMI-02-072

POR DETRÁS DO DESMAIO, O FENÓMENO OCULTO

Inês Teles Grilo, Isabel Militão, Ana Raquel Lima, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Doente de 54 anos, com antecedentes de neoplasia maligna da faringe, traqueostomizado. Trazido ao Serviço de Urgência por lipotímias recorrentes. Exame neurológico, eletrocardiograma e tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica sem alterações. Por dor na região cervical e mandibular efetuou TC que demonstrou progressão da lesão neoplásica, com redução luminal da via aérea, e íntimo contacto com a carótida. Chama-se a atenção para uma causa de lipotímia em doentes com neoplasias cervicais.

IMI-02-073

METÁSTASES CUTÂNEAS DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO

Carolina Vidal, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELAGADA

Homem de 56 anos com adenocarcinoma esofágico estadio IV com metastização hepática, ganglionar e pulmonar, sob quimioterapia paliativa. Desenvolveu nódulos cutâneos no dorso, tórax e face. A biópsia das lesões cutâneas revelou metástases de carcinoma pouco diferenciado. As metástases cutâneas de neoplasias internas são raras, as mais frequentes são as de neoplasias do pulmão, mama e colón. A metastização cutânea de carcinoma esofágico é ainda mais rara, o que reflete particularidade deste caso.

IMI-02-074

POR DETRÁS DA VERTIGEM

Catarina Duarte Santos, Rita Rocha, Pedro Neves Tavares, Carla Falcão, Filipa Cabral Amado, Alcina Ponte, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA 1

Mulher de 76 anos, autónoma, com queixas de vertigem e desequilíbrio com cerca de 1 ano de evolução. Detectada em TAC crânio-encefálica, lesão extra-axial temporal direita com erosão da cortical óssea e várias lesões ocupantes de espaço, com edema vasogénico associado (imagens 1,2 e 3). Na TAC torácica identificadas múltiplas lesões nodulares (imagem 4) e ainda, no quadrante supero-interno da mama direita, volumosa massa de 50mm (imagem 4) que, se concluiu ser uma neoplasia da mama metastizada.

IMI-02-075

LARGADA DE BALÕES – QUEM É O CULPADO?

Carolina Vidal, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Mulher de 74 anos admitida por perda ponderal. Radiografia do tórax com vários nódulos em "largada de balões". Tomografia computorizada (TC) do tórax confirmou nódulos pulmonares (3x3cm). TC abdominal mostrou massa renal direita (8x6 cm). Foi nefrectomizada e o estudo histológico revelou carcinoma renal de células claras. A doente faleceu por infeção no pós-operatório. Ocasionalmente, a metastização pulmonar pode ser a manifestação mais evidente de neoplasia disseminada, como ilustra este caso

IMI-02-076

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA NEOPLASIA DO PULMÃO

Pedro Neves Tavares, Sonia Chan, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - MEDICINA 1

Doente 51 anos, autonomo, recorre ao serviço de urgência por queixas de tonturas, astenia e perda ponderal não quantificada. Sem outras queixas Não apresentava alterações ao exame físico TAC-Torax que mostrou ´..lesão pulmonar de grandes dimensões no segmento posterior do LSE com 49x29mm, que sugere lesão primaria´ (imagem 1). A TAC craneo encefalica mostrou ´volumosa lesão expansiva quistica/necrótica cerebelosa com dimenções 49x26mm ... condicionando posição baixa das amígdalas´(imagem 2 e 3)

IMI-02-077

MELANOMA METASTIZADO

Ana Pessoa, Jorge Salomão, Violeta Vasquez, Nuno Cardoso, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE - UNIDADE DE FAMALICÃO, SERVIÇO DE MEDICINA I

Doente de 67 anos, sem patologias conhecidas, enviado para estudo de lesão cutânea exofítica ulcerada com aparecimento há cerca de 2 anos. O exame anatomopatológico revelou melanoma nodular. Duas semanas após exérese, o doente iniciou dificuldade respiratória, realizando TAC toracoabdominopelvico que mostrou lesões nodulares sugestivas de metastização pulmonar difusa e múltiplas adenomegalias. O doente foi internado para controlo sintomático, tendo vindo a falecer no dia seguinte à admissão.

IMI-02-078

PARAPLEGIA-LINFOMA NÃO HODGKIN B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS

Pedro Duarte, Carolina Pavão, Beatriz Amaral, Marisa Rocha, César Lourenço, Clara Paiva.
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

RMN DA COLUNA CERVICO-DORSAL: Doente de 65 anos com LINFOMA NÃO HODGKIN B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS em estádio IV B, IPI 5 (alto Risco). Paraplegia com nível sensitivo mamilar, secundária a extensa massa que envolve a região cervical e canal raquidiano, condicionando obliteração do mesmo, com desvio da espinal medula para a vertente ântero-lateral. Presença de massa extra-dural, póstero-lateral direita de C6 a D3. Múltiplos artefactos devido à dificuldade de posicionamento do utente.

IMI-02-079

MIELOMA MULTIPLO COM MANIFESTAÇÃO RARA.

Santos Adriana, Monteiro Luis.
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - SERVIÇO HEMATOLOGIA

Plasmacitomas extramedulares são tumores de células plasmáticas que surgem fora da medula óssea. Na maioria das vezes localizam-se na cabeça e pescoço, podendo ocorrer noutras localizações. O sistema gastrointestinal baixo representa menos de 5% de todos os casos sendo o canal anal uma localização extremamente rara. As imagens seguintes mostram a ressonância magnética de um doente de 46 anos diagnosticado com mieloma múltiplo cuja apresentação foi esta massa de 11x8.5x9cm no canal anal.

IMI-02-080

MASSA DESTRUTIVA

Milton Camacho, Inês Nogueira Fonseca, Afonso Nunes Ferreira, Teresa Rodrigues, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA I

Homem de 40 anos, apresentando neoformação da coxa esquerda. Ressonância com lesão osteolítica do fémur distal esquerdo por massa volumosa captando heterogeneamente gadolínio e medindo cerca de 12x10x8cm, condicionando total destruição do fémur distal e não se identificando qualquer porção da metáfise e apenas persistindo pequena faixa de epífise distal. Histologia de osteossarcoma. Iniciou quimioterapia com intuito curativo, por recusa de intervenção cirúrgica (amputação).

IMI-02-081

MASSA ABDOMINAL: SERÁ MAIS UM CLÁSSICO?

Milton Camacho, Inês Nogueira Fonseca, Afonso Nunes Ferreira, Teresa Rodrigues, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA I

Mulher de 72 anos. Várias idas ao Serviço de Urgência por dor abdominal e enfartamento. Em Agosto de 2015, diagnóstico de sarcoma retroperitoneal, que se traduzia por volumosa massa no espaço retroperitoneal à esquerda com mais de 20cm nos diferentes eixos, condicionando desvio contralateral de várias estruturas e contactando (num curto segmento) com a parede externa da aorta abdominal distal/eixo ilíaco comum esquerdo (inferior a 180º).

IMI-02-082

UM JOELHO COMPLICADO

Inês Nogueira Fonseca, Milton Camacho, Afonso Nunes Ferreira, Teresa Rodrigues, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA I

Mulher de 22 anos. Natural da Guiné-Bissau, evacuada para Portugal em Agosto/2015 para estudo de lesão neoformativa do joelho direito. Diagnóstico de osteosarcoma do joelho direito. A doente foi recentemente submetida a amputação da perna pelo 1/3 médio da coxa.

IMI-02-083

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR - UMA ENTIDADE MUITAS VEZES ESQUECIDA

João Alexandre Tavares, Maria Filomena Alicerces, Beatriz Navarro, Mario Parreira, Ana Catarina Emídio, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

Homem, 70 anos, fumador, com deterioração do estado geral e perda ponderal. À observação, disfonia, circulação colateral torácica, murmúrio vesicular diminuído à direita e edema do membro superior direito. TC tórax com lesão expansiva infrahilar e derrame pleural direitos. Angio-TC com trombo da veia subclávia direita com extensão ao tronco venoso braquiocefálico e veias cava superior e jugular interna homolaterais. Admitiu-se neoplasia do pulmão a condicionar Síndrome da Veia Cava Superior.

IMI-02-084

PADRÃO RADIOLÓGICO "EM LARGADA DE BALÕES" DA METASTIZAÇÃO PULMONAR DE UM SARCOMA SINOVIAL DE CÉLULAS FUSIFORMES

João Costelha, Artur Barros, Paula Brandão
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 2

Radiografia do tórax com padrão imagiológico "em largada de balões" correspondendo a provável metastização pulmonar de uma massa (8/ 10 cm) com crescimento rápido (2 meses), de consistência pétrea e localizada na face anterior da coxa esquerda de um homem de 53 anos. O diagnóstico do tumor primário e das respectivas metástases corresponde a um Sarcoma Sinovial de Células Fusiformes confirmado posteriormente por exame anátomo- patológico auxiliado por meio de imagem

IMI-02-085

ANGIOSARCOMA CUTÂNEO COMO CAUSA DE DESIDRATAÇÃO E LESÃO RENAL AGUDA

Ana Oliveira Monteiro, Artur Jorge César, Luís Nogueira Silva, Bruno Loureiro, Maria Teresa Cardoso
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, PORTO. SERVIÇO MEDICINA INTERNA

Mulher de 83A, internada por lesão renal aguda no contexto de desidratação induzida por lesão exsudativa sero-hemática do membro inferior direito (3M de evolução). A biópsia fez o diagnóstico de angiosarcoma cutâneo um tumor vascular raro, muito invasivo, frequentemente associado a linfedema crónico ou postradioterapia com apresentação dominante na cabeça e pescoço. O caso destaca-se pela sua raridade, ausência de fatores predisponentes e forma de apresentação incomum no membro inferior.

IMI-02-086

CENTENAS DE NÓDULOS SUBCUTÂNEOS

António Ferreira, Susana Barbosa, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO MEDICINA I – ULSAM

97 anos, autónoma. Enviada ao SU por prostração, emagrecimento e anemia normocítica/normocrómica (Hg: 6,7g/dL), sem evidência de perdas hemáticas. Ao exame objectivo: caquexia e múltiplas tumefacções subcutâneas com cerca de 1 cm, moles, móveis e indolores dispersas por toda a superfície corporal (Imagem A e B). Efectuada exérese de lesão subcutânea (Imagem C). Alta orientada para consulta. Anatomia patológica: Metástase de carcinoma do cólon de células em anel de sinete.

IMI-02-087

NEOPLASIA PULMONAR UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA!

Rafael Nascimento, Sofia Nóbrega, Rui Loureiro, João Freitas, Dina Santos, Maria Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS – SERVIÇO DE MEDICINA

Homem de 70 anos internado por uma descompensação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. No internamento apresentou como intercorrência um exuberante derrame pericárdico que atingia uma espessura máxima de três centímetros. Associa-se ainda derrame pleural direito, com uma espessura de quatro centímetros e atelectasia do parênquima pulmonar adjacente. A etiologia destes achados assentou numa neoplasia oculta do pulmão que se manifestou por um tamponamento cardíaco.

IMI-02-088

LINFOMA CUTÂNEO COM UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM.

Santos Adriana, Monteiro Luis
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL SANTO ANTONIO DOS CAPUCHOS - SERVIÇO HEMATOLOGIA

Linfoma cutâneo primário difuso de células grandes B, tipo perna representa 20% destes linfomas. É mais frequente na sexta década de vida com predomínio no sexo feminino. Clinicamente apresenta-se com nódulos, tumefacções, placas infiltrativas e úlceras, com uma localização típica nos membros inferiores (70%). O prognóstico é mau. Na imagem o membro inferior de um doente de 58 anos com a totalidade do membro infiltrado. O diagnóstico foi realizado através de biópsia cutânea de uma das lesões.

IMI-02-089

PNEUMONIA CAVITADA EM DOENTE COM ACALÁSIA SECUNDÁRIA

Joana Rosa Martins, Helena Luna Pais, Filipe Filipe, Rodrigo Valido, Inês Barreto, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

Doente do sexo masculino, 29 anos, com diagnóstico de neoplasia gástrica condicionando acalásia secundária e congelamento das ansas do delgado por carcinomatose peritoneal extensa, internado para realização de alimentação parentérica por CVC e esquema de quimioterapia. Desenvolveu quadro de febre, tosse e elevação dos parâmetros inflamatórios tendo realizado TC de Tórax que revelou imagens sugestivas de pneumonia cavitada por prováveis microaspirações em contexto de megaesófago.

IMI-02-090

TUMEFACÇÃO INDOLENTE

Filipa S Pinho, Filipa Macedo, Kátia Ladeira, Francisco Gonçalves, Luísa Pinto, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Os sarcomas são neoplasias originárias na mesoderme embrionária, indolentes, localizadas mais frequentemente nas extremidades. Mulher, 49 anos. Figura (Fig)1: sarcoma da coxa esquerda com um ano de evolução.Fig.2 - Tomografia computorizada de partes moles: lesão heterogénea no compartimento anterior da coxa com 17,7x13,6x16,8cm, com áreas de necrose, sem atingimento ósseo. Fig3-4: tomografia de emissão de positrões: captação globalmente aumentada de 18F-FDG, heterogénea, com áreas de necrose.

IMI-02-091

HEPATOMEGALIA COM UMA CAUSA RARA.

Vieira Cesar, Santos Adriana, Murinello António, Damásio Helena ,Serrano Ana
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

Os linfomas Não-Hodgkin extranodais, primários ou secundários, são relativamente comuns, representando 10-40% destes. Linfomas de qualquer subtipo histológico podem afectar o fígado. O linfoma hepático primário é raro, com uma incidência de 1%, predominantemente no sexo masculino. Apresenta-se a imagem de um doente de 47 anos, com antecedente de vírus da imunodeficiência humana tipo 2 e o diagnóstico de linfoma do fígado. Na imagem a) antes do tratamento e na b) após quimioterapia.

IMI-02-092

EXUBERANTE MASSA CERVICAL: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA HIPOFARINGE

João Mesquita Rosinhas, Albina Moreira, Sara Castelo Branco, Cristina Rosário, Ana Veloso
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Doente de 51 anos, com carcinoma epidermóide da hipofaringe e exuberante massa cervical metastática associada, com maior eixo de 98mm. Internado por hipercalcemia paraneoplásica, fica internado 1 mês havendo progressão da lesão até uma extensão de cerca de 150mm de maior eixo. Tem alta para Unidade de Cuidados Paliativos, com indicação para sedação paliativa em caso de hemorragia cataclísmica associada a ruptura da tumefacção.

IMI-02-093

FIBROMA PLEURAL – UM CASO DE NEOPLASIA BENIGNA COM COMPORTAMENTO MALIGNO

Jorge Mendes, Ana Matos, Rui Garcia, José Moura, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, ENFERMARIA E DE MEDICINA A

Mulher, 75 anos, com tumor fibroso da pleura à direita medindo 17.4x14x19.5 cm, que condiciona desvio anterior do brônquio principal direito e dos ramos lobares superior, médio e inferior, com deformação da anatomia abdominal - neoplasia benigna com comportamento maligno.

IMI-02-094

HEMATOMA DE DURET NA APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

Filipa Sousa, Margarida Cruz, Fani Ribeiro, Raquel Cruz, Gorete Jesus
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO

Doente de 76 anos admitido por alteração do estado de consciência de instalação súbita e convulsão tónico-clónica generalizada. Ao exame objetivo Glasgow 3, midríase fixa. Equimoses e petéquias dispersas. TC-CE com múltiplos focos de hemorragia intra-cerebral espontânea deformação do sistema ventricular supra-tentorial, herniação subfalcial e temporal medial e hematoma de Duret. Forma de apresentação de Leucemia Mieloide Aguda FABM4, associada a trombocitopenia (23x109/L) e discrasia sanguínea.

IMI-02-095

ANGIOSSARCOMA CUTÂNEO – METASTIZAÇÃO RARA

Diana Oliveira, Sara Pinheiro, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Mulher internada por agudização de dispneia no contexto de angiossarcoma primário cutâneo da perna com metastização pulmonar que durante o internamento apresentou múltiplas lesões nodulares pétreas, friáveis e dolorosas na língua que aumentaram de dimensões e atingiram posteriormente o palato duro. A doente foi orientada para realização de radioterapia. A metastização de angiossarcomas para a cavidade oral é extremamente rara compreendendo apenas 0.1% de todas as neoplasias malignas orais.

IMI-02-096

NA BAINHA DO NERVO PERIFÉRICO

Filipa Simões Ferreira, André Mendes Martins, Inês Leite, Luís Leite, Marina Fonseca
HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA II

Homem, 28 anos, raça negra, admitido por lesão ulcerante do pé esquerdo. Diagnóstico de tumor maligno da bainha do nervo periférico com metastização óssea e pulmonar. Realizada amputação e iniciada quimioterapia e radioterapia paliativas. Imagens da metastização: calote craniana com compressão intracraniana e abaulamento ventricular (Fig 1), calote craniana com compressão do globo ocular (Fig 2 e 3), femoral direita e região inguinal esquerda (Fig 4).

IMI-02-097

METASTIZAÇÃO HEPÁTICA DIFUSA

Isabel Furtado, Mariana Quaresma, Fabienne Gonçalves, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO

Homem de 52 anos com diagnóstico de tumor neuroendócrino do recto com evidência de metastização hepática e óssea desde 2013; submetido a múltiplos esquemas de quimioterapia sem sucesso. Internado no contexto de progressão da doença neoplásica, ascite de grande volume e disfunção hepato-celular. TC abdominal apresentando inúmeras formações hepáticas expansivas sólidas hipercaptantes em relação com lesões proliferativas.

IMI-02-098

CEFALEIA DE CAUSA ONCOLÓGICA

Sara Freire, João Seabra Barreira, Nádia Simas, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Doente de 91 anos admitida por febre sem foco e cefaleia fronto-parietal direita com 15 dias de evolução; referência a queda 2 dias antes. À observação sem alterações relevantes. Proteína C Reactiva 9.1mg/dL e leucocitose. A tomografia computorizada e ressonância magnética de crânio revelaram preenchimento otomastoideu direito e lesão expansiva nasofaríngea com erosão da base do crânio, extensão intracraniana e envolvimento da carótida interna (seta), nervo mandibular e cavum de Meckel direitos.

IMI-02-099

LOMBOCIATALGIA DE CAUSA MALIGNA

Eva Brysch, João Seabra Barreira, Sara Freire, Nádia Simas, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL PULIDO VALENTE - SERVIÇO DE MEDICINA III

Homem de 78 anos, com lombalgia, parestesias do membro inferior direito e incapacidade na marcha. Como antecedentes pessoais: neoplasia do urotélio em estadio IV (metastização hepática e óssea) submetido a cistoprostatectomia radical, ureteroileostomia de Wallace e uretrectomia. A Tomografia Computorizada mostra volumosa lesão lítica no corpo e asa direita do sacro, com extensão intracanalar, para-vertebral anterior e posterior subfascial. Fez 5 sessões de radioterapia com melhoria clínica.

IMI-02-100

O CASO DA COSTELA DESAPARECIDA

Ana Palricas, Adelaide Figueiredo, Ana Filipa Matos, Viktor Filyuk, Joana Cabeleira, Ivan Velez, Sara Nicolau, Luís Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE

Mulher de 66 anos observada por toracalgia à direita com 1 mês de evolução. Teleradiografia de tórax (imagem 1): parênquima pulmonar sem alterações relevantes e ausência quase total do 5º arco costal direito. TC torácica (imagem 2): destruição completa do 5º arco costal posterior direito e apófise transversa de D5 por massa de tecidos moles de 82x41x38mm, que o exame histopatológico revelou tratar-se de linfoma não Hodgkin B, difuso de grandes células, com fenótipo do centro germinativo.

IMI-02-101

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO SECUNDÁRIO A METASTIZAÇÃO CEREBRAL DIFUSA

Ana Ribeiro, Sara Ganhão, Mariana Esteves, Marina Martins, Fátima Coelho, Paulo Bettencourt
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 55 anos, com adenocarcinoma do pulmão. Crise convulsiva tonicoclónica generalizada de novo. Ao exame objectivo: desvio do olhar para a esquerda com movimentos de boobing, tetraplegia flácida e arrefléxica. Tomografia computorizada: múltiplas lesões metastáticas nos hemisférios cerebrais, tálamo esquerdo, tronco cerebral e cerebelo, extenso edema perilesional e moldagem do sistema ventricular. Levetiracetam e fenitoína, sem melhoria. Provável estado de mal epiléptico não convulsivo.

IMI-02-102

UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE MIELOMA MULTIPLO

Inês Machado Leite, Frederico Trigueiros, André Martins, Ana Filipa Ferreira
HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 2

Mulher de 82 anos, com Estenose aórtica grave e Mieloma Múltiplo IgA Lambda diagnosticado em 2008, submetida a quimioterapia e radioterapia por lesões ósseas na coluna vertebral. Admitida no Serviço de Cardiologia para estabilização de insuficiência cardíaca descompensada e realização de valvuloplastia. O Rx tórax evidenciou massa a nível do esterno (Fig.1 e 2). A TC torácica mostrou lesão expansiva, aspectos que relacionamos com envolvimento ósseo por Mieloma Múltiplo (Fig.3-representação 3D).

IMI-02-103

NEOPLASIA ABCEDADA

Carina Alves Silva, Cristiano Cruz Silva, Valentina Tosatto, Paula Nascimento, Sara Campos Silva, Nélia Marques, Rita Barata Moura
HOSPITAL DE SANTA MARTA, CHLC, MEDICINA INTERNA

Homem, 79 anos, ex-fumador, recorreu à urgência por astenia, tosse e toracalgia. Radiografia e tomografia axial torácicas que revelou imagem oval de 8 cm no lobo inferior direito com nível hidroaéreo (1) e erosão de costelas (2). Sinais indiretos de neoplasia na broncofibroscopia e isolamento de S. aureus meticilina-sensível. Biópsia aspirativa transtorácica com adenocarcinoma de não-pequenas células. Resolução do quadro infeccioso com antibioterapia, e continuação do seguimento pela Oncologia.

IMI-02-104

UMA CAUSA (QUASE) ÓBVIA DE DISFAGIA

Francelino Ferreira, Nuno Guerra, Ruben Reis, Ana Paula Pona, Fátima Campante
HOSPITAL DE SANTA MARTA, CHLC, MEDICINA INTERNA

Homem de 66 anos, que recorre ao SU por rouquidão com agravamento progressivo e disfagia recente. Com antecedentes de neoplasia de não pequenas células do pulmão e tabagismo ativo.À observação apresenta cordas vocais hiperemiadas e ligeiramente espessadas, sem justificar o quando clinico. Realizou TC torácica que revelou uma massa que ocupa a totalidade do lúmen esofágico. O estudo por endoscopia digestiva alta mostrou tratar-se de um volumoso impacto alimentar (carne), que se removeu com ansa.

IMI-02-105

LARGADA DE BALÕES

Teresa Vilaça Santos, Mariana Guerra, Grace Staring, Fátima Monteiro, Ana Costa e Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRAS

Doente 89 anos de idade, com antecedentes pessoais de neoplasia da próstata. Trazido ao serviço de urgência por quadro de náuseas e vómitos alimentares. Realizou estudo radiológico que mostrou exuberantes lesões nodulares bilaterais, com padrão em largada de balões. Para melhor caracterização realizou TC tórax que confirmou incontáveis lesões nodulares - em relação com metastização.

IMI-02-106

COMPRESSÃO DO TRONCO PULMONAR E CAVIDADES CARDÍACAS ESQUERDAS POR TIMOMA EM EVOLUÇÃO

Isabel Eira, Sandra Correia, Cristina Ângela
HOSPITAL DE BRAGA

Mulher, 64 anos, timoma tipo B diagnosticado há 12 anos. Submetida a 2 cirurgias com posterior recidiva, vários ciclos de quimioterapia subsequentes. Admitida por dispneia e precordialgia, com insuficiência respiratória, hiperlactacidemia de 9,6 mmol/L e pH 7,16. Angiotomografia torácica mostrou timoma com 15 cm a condicionar acentuada compressão sobre o tronco pulmonar, artéria pulmonar esquerda e cavidades cardíacas esquerdas. Clínica relacionada com timoma em evolução; proposta radioterapia.

IMI-02-107

TUMOR DE GRAWITZ DE GRANDES DIMENSÕES

Afonso Rodrigues, Marcos Mesquita, Catarina Pires, Karin Luz, Catarina Cardoso, Tiago Pack, Sara Oliveira, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE FUNCIONAL 4

Doente do sexo feminino, 83 anos, com quadro com 48 horas de evolução de vómitos, anúria e prostração. Objectivada massa abdominal entre o epigastro e o hipocôndrio esquerdo de consistência pétrea que foi então documentada por tomografia: 193x109x108mm com ponto de partida no rim esquerdo de características mistas (quística e sólida), altamente vascularizada, sugestiva de Tumor de Grawitz. Sem condições para terapêutica invasiva integrou Unidade de Medicina Paliativa.

IMI-02-108

TANTO DE SEMELHANTE COMO DE DIFERENTE

Afonso Rodrigues, Marcos Mesquita, Karin Luz, Sara Oliveira, Catarina Cardoso, Catarina Pires, Tiago Pack, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE FUNCIONAL 4

Dois casos com semiologia semelhante mas etiopatogenia diferente: homens, fumadores 40UMA, de 51(1) e 66(2) anos, sem antecedentes médicos com toracalgia anterior esquerda e massa torácica palpável. TC Tórax a revelar (1) massa com 10x9cm, envolvendo os 5º e 6º arcos costais com fractura patológica; (2) lesão sólida de ponto de partida pleural com 12cm de maior eixo e destruição da 4ª costela. A investigação clínica revelou (1) Adenocarcinoma do Pulmão e (2) Mieloma Múltiplo.

IMI-02-109

TROMBOSE DA VEIA SUBCLÁVIA DIREITA.

Edite Marques Mendes, António Ferreira, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Homem, 79 anos. Recorreu ao SU por edema do membro superior direito. Fez ecodoppler que revelou trombo ocluindo a veia subclavia direita, axilar e as 2/3 proximais da veia umeral direita. Para diagnóstico etiológico realizou Tac-torax que documentou várias lesões pulmonares espiculadas. A bióspia confirmou o diagnóstico de neoplasia pulmonar. Histologia de adenocarcinoma pulmonar invasivo com padrão lepídico. Foi orientado para consulta externa de Pneumologia.

IMI-02-110

UM FÍGADO GRANDE [MENTE METASTIZADO]

Hugo Clemente, Diana M Ferreira, Sara Leitão, M Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem de 45 anos, com antecedentes de etilismo crónico, internado para estudo de síndrome constitucional e distensão abdominal. À observação inicial destacava-se abdómen distendido por ascite e hepatomegalia pétrea e heterogénea. A tomografia mostrou hepatomegalia marcada (290x320mm), metastização hepática e ganglionar maciça com algumas calcificações e suspeita de lesão primária no cólon. Confirmou-se adenocarcinoma invasivo do sigmóide, iniciou quimioterapia paliativa e faleceu ao fim 4 meses.

IMI-02-111

RELEMBRANDO O TUMOR DO INTERNISTA

João Fonseca, João Ferreira, João Pedro Gomes, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Mulher, 77 anos, recorreu à Urgência por dor no flanco abdominal esquerdo e hematúria. Ao exame objectivo apresentava volumosa massa desde o hipocôndrio esquerdo à fossa ilíaca homolateral (A). Realizou TC abdominal com evidência de lesão tumoral com ponto de partida no terço inferior do rim esquerdo, heterogénea, medindo 12,7x15,4 cm(B). Anatomia patológica confirmou carcinoma de células renais, antigamente conhecido como o "tumor do internista"(tríade clássica-dor,hematúria e massa palpável).

IMI-02-112

RS3PE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA DO CEGO

João Fonseca, Edgar Pratas, Flávio Costa, Ana Rita Nogueira, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem, 80 anos, observado por quadro de poliartralgias periféricas de ritmo inflamatório com 2 meses de evolução, sem outros sintomas. Na observação apresentava calor, dor e edema da região dorsal das mãos (A) e dos pés. Estudo serológico negativo e radiografias sem evidência de destruição articular. Diagnosticado RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema), realizou TC toraco-abdomino-pélvica para excluir etiologia paraneoplásica, identificando-se neoplasia do cego.

IMI-02-113

ATÉ ONDE PODE CHEGAR A NEOPLASIA - IMAGENS EM MEDICINA

Alexandra Esteves, Francisco Silva, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

As doenças oncológicas são grandes mimetizadoras. Os autores apresentam o caso de doente, sexo feminino, 90 anos, com queixas álgicas ao nível da anca direita após queda. Associada, astenia e perda ponderal com 8 meses de evolução. Radiografia da bacia mostrou lise marcada do ramo isquiopúbico direito não presente em estudo no ano anterior. Biópsia guiada por TC da massa com 10cm de maior diâmetro resultou em histologia compatível com metástase de adenocarcinoma. Não prosseguiu estudo.

IMI-02-114

QUANDO UM DERRAME PLEURAL REVELA UM SCHWANNOMA.

Nariel Ferreira, Hélia Mateus,Marta Gôja, Amalia Pereira, Renato Saraiva
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ-SERVIÇO DE MEDICINA 1

Mulher de 49 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada do médico de família ao Serviço de urgência por derrame pleural a esquerda em radiografia solicitada por sintomas de gripe com uma semana de evolução. Observava-se a ausência de murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda e sem alterações neurológicas. Do estudo do liquido pleural revelou um transudado, sem outras alterações. A Ressonância magnética revelou volumoso schwannoma da raiz D9, confirmado posteriormente histologicamente.

IMI-02-115

INCONTÁVEL METASTIZAÇÃO: UMA REALIDADE INESPERADA

Joana Raquel Monteiro, Lilian Sousa, Sónia Santos, Joana Monteiro, António Antunes, Fernanda Pinhal
SERVIÇO MEDICINA II - HOSPITAL SANTO ANDRÉ - CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

Homem de 69 anos, com antecedentes de neoplasia prostática tratada, a aguardar cirurgia por canal lombar estreito foi enviado ao serviço de urgência por anemia e astenia. Por alterações na Radiografia de Tórax realizou TC-TAP que revelou incontáveis nódulos pulmonares e pleurais metastáticos em todos os segmentos pulmonares e massa gastrohepatopancreática. A biópsia de nódulo infra-axilar direito teve resultado histológico de sarcoma de alto grau.

IMI-02-116

NEUROFIBROMATOSE – UM MAR DE NEUROFIBROMAS

João Nuno Oliveira, Teresa Sequeira, Sara M. Rocha, Fátima Farinha, João Araújo Correia
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO - MEDICINA INTERNA

Homem, 63 anos, com neurofibromatose tipo 1 desde os 16 anos. Com múltiplos neurofibromas distribuídos por todo o corpo, em especial tronco e face (Fig. 1). Neurofibromas cutâneos em corte de TC (Fig. 2). Apresentou evolução com incontinência fecal e urinária e paraparésia progressiva - identificado neurofibroma plexiforme lombo-sagrado com comportamento maligno: crescimento rápido e agressivo com compressão das estruturas adjacentes e destruição óssea (Fig. 3 - lesão delimitada pelas setas).

IMI-02-117

A PROPÓSITO DE UMA DOR TORÁCICA

Pedro Matos, Margarida Bela, Lindora Pires, Paulo Santos, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA

Doente de 44 anos, masculino, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Recorre ao SU por dor torácica anterior direita, de características pleuríticas, sem irradiação; nega tosse, expectoração ou febre. Exame físico e estudo analítico sem alterações. Hipotransparência para-hilar direita no Rx Tórax. Descrito quisto pleuropericárdico no TC Tórax. Submetido a cirurgia. Anatomopatológico de peça operatória compatível com teratoma maduro cístico. TC TAP após cirurgia sem lesões evidentes.

IMI-02-118

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA NA ETIOLOGIA DE ASCITE

Raquel Sousa, Bárbara Pedro, Ricardo Miranda, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO FONSECA

Homem de 38 anos, com queixas de distensão, dor abdominal e vómitos. Ao exame objetivo adenopatias cervicais, ascite não tensa, com edema dos Mis até à coxa e baço palpável 15 cm abaixo do rebordo costal. Na tomografia computorizada abdominal extenso conglomerado adenopático retroperitoneal, com 18x14x9 cm envolvendo os grandes vasos com compressão e trombose associada da veia cava inferior. A biópsia a partir de gânglio cervical foi compatível com Linfoma Hodgkin subtipo esclerose nodular.

DOENÇAS RENAIS LCD #3 SALA ATRIO

IMI-03-001

FIBRODISPLASIA MUSCULAR RENAL – UMA CAUSA SECUNDÁRIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Luciana Sousa, Margarida Fonseca, Rita Magalhães, Sofia Caridade, Ilídio Brandão
HOSPITAL DE BRAGA -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 23 anos, saudável. Referenciado à consulta externa de Medicina Interna por hipertensão arterial e TC-abdominal com assimetria renal significativa. Posteriormente realizada aortografia que confirmou os achados, calibre da artéria renal direita menor que a esquerda e tortuosidade atípica da aorta abdominal infra-renal (fig 1 e 2). Efectuada dilatação com balão apresentando desde então melhoria do perfil tensional.

IMI-03-002

DOENÇA POLIQUÍSTICA RENAL: QUISTOS QUE CAUSAM INSUFICIÊNCIA RENAL

Hugo Jorge Casimiro, Beatriz Navarro, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - HOSPITAL DE S. BERNARDO; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A doença poliquística renal (DPR) é uma patologia autossómica dominante que se caracteriza pela presença de múltiplos quistos renais e de outros órgãos. Apresenta-se o caso de um homem de 76 anos com DPR, referenciado à consulta de Medicina Interna para estudo de anemia normocítica/normocrómica, a qual se assumiu no contexto de insuficiência renal crónica causada pela DPR. Dos exames realizados, destaca-se tomografia computorizada abdominal que evidenciou numerosos quistos renais e hepáticos.

IMI-03-003

EXUBERANTES FÍSTULAS ARTERIO-VENOSAS

Isabel Silva, David Garcia, Ana Cardoso, Cristiana Fernandes, Rosário Araújo, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Fístula arterio-venosa (FAV) exuberante no membro superior esquerdo (em cima) e FAV prévia não funcionante (em baixo). Homem, 63 anos, história de nefropatia IgA e doença renal crónica, em hemodiálise desde há 10 anos. Submetido a transplante renal, complicado por rejeição aguda, tendo tido necessidade de retomar técnica dialítica. Apesar de constituir o melhor acesso para hemodiálise, a FAV está sujeita a várias complicações: alterações do fluxo, trombose, aneurisma, infecção e edema do membro.

IMI-03-004

A MAMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA ARTERIOLOPATIA URÉMICA CALCIFICANTE

Joana Santos1, David Fiel2, Maria Inês Ribeiro1, Filipa Alves2, Rute Aguiar2, Beatriz Malvar2, Cristina Silva2, Pedro Pessegueiro2, Ricardo Santos2, Rui Silva2, Vítor Ramalho2, Tereza Veloso1, Manuel Amoedo2, Carlos Pires2
1SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E.; 2SERVIÇO DE NEFROLOGIA, HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E.

A arteriolopatia urémica calcificante (AUC) é uma doença grave. O diagnóstico é essencialmente clínico, contudo pode ser suportado pela biópsia cutânea e pelos exames imagiológicos. Mulher com diabetes mellitus, tromboembolismo pulmonar anticoagulada com varfarina, em programa de hemodiálise há 2 meses, com aparecimento concomitante de úlceras dolorosas nas coxas de agravamento progressivo. O diagnóstico de AUC foi estabelecido pela mamografia que mostrou calcificações vasculares bilaterais.

IMI-03-005

CÁLCULOS CORALIFORMES EM DOENTE COM PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA CRÓNICA

Adelaide Moutinho, Ana Rafael, Sheila Jamal, Marta Meleiro Lisboa, Sandra Tavares
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE CHAVES - CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

A pielonefrite xantogranulomatosa representa menos de 1% das doenças renais crónicas, estando frequentemente associada à inflamação crónica despoletada por obstrução do trato urinário. Os cálculos coraliformes estão presentes em cerca de 30% dos casos. As imagens revelam cálculos coraliformes com distorção do parênquima renal em homem de 44 anos com doença renal crónica, admitido com quadro de hematúria macroscópica, dor lombar e febre. As uroculturas revelaram infeção por Proteus mirabillis.

IMI-03-006

TROMBOEMBOLISMO VENOSO MÚLTIPLO COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROMA NEFRÓTICA

Steeve Rosado, André Gordinho, Rui Valente, Yasmin Mamade, Célia Machado, Francisco Araújo, José Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Um homem de 50 anos iniciou tosse seca e dor torácica pleurítica, com posterior aparecimento de edema cervical com progressão ao membro superior direito. A angioTC revelou sinais de trombose da veia jugular direita e tromboembolismo pulmonar bilateral, com posterior detecção de trombose parcialmente oclusiva da veia cava inferior e das veias renais em novo exame. O exame sumário de urina apresentava uma proteinúria nefrótica levando ao diagnóstico final de glomerulonefrite membranosa idiopática.

IMI-03-007

BLUE TOE SYNDROME

Frederica Faria, Marta Pereira, Hugo Silva, José António Lopes, António Gomes da Costa
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE

A Blue toe syndrome caracteriza-se pela coloração azulada dolorosa de um ou mais dedos. A causa mais frequente é a presença de êmbolos com risco de isquémia progressiva e perda tissular. Reporta-se o caso de doente de 73 anos, submetido a tratamento endovascular para colocação de stent na artéria renal. Após o procedimento desenvolve agravamento da função renal sem resposta a pulsos de corticoterapia. Destaca-se ausência de eosinofilúria, complementémia normal e marcadores virais negativos.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS LCD #3 SALA ATRIO

IMI-03-008

DA SEMIOLOGIA À IMAGIOLOGIA

Patrícia Serpa Soares, Joana Lima, Ana Maria Grilo, José Reina, José Vaz
SERVIÇO DE MEDICINA I – HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

Homem de 41 anos, imunocompetente, antecedentes de tabagismo, enfisema e nocardiose pulmonar. Admitido por hemoptises, dispneia, toracalgia, calafrios e anorexia. Objectivados dedos em baqueta de tambor. TC com perda de parênquima nos lobos superiores, cavidades preenchidas por material pseudonodular; extensão de cavidade à esquerda com condensação parenquimatosa e broncograma aéreo, cavitações adjacentes. Iniciou cotrimoxazol na suspeita de reactivação de nocardiose, com evolução favorável.

IMI-03-009

TUBERCULOSE PULMONAR COM PADRÃO MILIAR

Rui Terras Alexandre, Carla Madureira Pinto, Eugénia Parreira
ULS NORDESTE - UH BRAGANÇA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 68 anos, autónomo, recorre à urgência por quadro com 1 mês de evolução caraterizado por toracalgia posterior esquerda, de caráter pleurítico, com irradiação ao membro superior esquerdo. Fez radiografia que demonstrava infiltrado em padrão miliar bilateral, mais expressivo à esquerda. Iniciou antibacilares. O diagnóstico foi confirmado por baciloscopias positivas às 48h.

IMI-03-010

BOLHA PULMONAR GIGANTE INFETADA

João Pinto, Cláudia Meireles, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Mulher de 34 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar, infecção VIH1, observada em consulta de Pneumologia com febre, dispneia, tosse seca e pieira, sendo medicada com antibiótico. Regressa após 2 dias à urgência por

febre, com volumosa bolha pulmonar direita com nível hidroaéreo em radiografia do tórax. Iniciou Piperacilina e Tazobactam, sendo a pesquisa de BAAR negativa. Melhoria clínica e radiográfica, após antibioterapia, sendo encaminhada para consulta de cirurgia cardiotorácica.

IMI-03-011

QUANDO REBENTA A BOLHA

Tânia Afonso, Cátia Pereira, Elisabete Pinelo, Eugénia Madureira
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA

Homem de 73 anos, com antecedentes de fibrose pulmonar idiopática sob oxigenioterapia 24h, levado ao serviço de urgência por taquicardia, desconforto opressivo retroesternal e dispneia agravada. Ao exame apresentava exuberante enfisema subcutâneo, envolvendo a região cervical e a metade superior de ambos os hemitóraxes como ilustra a telerradiografia de tórax. A TC revelou também pneumomediastino e quistos aéreos subpleurais de cuja rutura, se presume, tenha resultado este quadro.

IMI-03-012

PNEUMOMEDIASTINO – UM DIAGNÓSTICO INCOMUN

Ana Novo, Gonçalo Castelo Branco, Maria João Tavares, Pedro Guimarães Cunha, Jorge Cotter
HOSPITAL DE GUIMARÃES

Doente de 32 anos, fumador, diabetes mellitus tipo 1, queixas de vómitos, dor abdominal e desconforto torácico anterior. Sem história de trauma. Observado enfisema subcutâneo na região cervical esquerda. O Rx tórax mostrava suspeita de pneumomediastino que foi confirmado por TAC. O trânsito esofágico não mostrou evidencia de extravazamentos do produto de contraste que sugerissem a presença de soluções de continuidade ou trajetos fistulosos. Foi tratado de forma conservadora com resolução total.

IMI-03-013

OSSO DE CHOCO - PAQUIPLEURITE SEQUELAR

Gonçalo Alexandrino, Inês Bargiela
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA

83 anos, sexo feminino, com história de tuberculose pleuropulmonar aos 30 anos de idade. Realiza telerradiografia do tórax ântero-posterior (fig.1) e perfil direito (fig.2) onde se visualiza hipotransparência extensa com calcificação pleural dos 2/3 superiores do hemitórax direito, correspondente a paquipleurite sequelar – imagem típica em "osso de choco". A destacar ainda imagens hipotransparentes bilaterais, no contexto de pneumonia a H1N1.

IMI-03-014

EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSAS DO MEDIASTINO

Joana Carvão, João Patrício Freitas, Catarina Nóbrega, João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 79 anos com antecedentes de hipertensão arterial. Admitido por pneumonia hipoxemiante. A radiografia torácica mostrava imagem ovalada com contornos regulares na base pulmonar direita. Sem histórico de exames prévios. A tomografia revelou eventração diafragmática direita com eventração hepática para a base pulmonar de 6,6 cm de maior diâmetro. A eventração do diafragma é rara, geralmente benigna e faz parte do diagnóstico diferencial importante de massas mediastínicas.

IMI-03-015

QUANDO UMA PNEUMONIA NÃO RESPONDE À ANTIBIOTERAPIA

Susana Marques de Sousa, Mafalda Costa Pereira, Marta Rafael Marques, Dolores Vazquez, Cristina Marques, Luísa Santos, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 54 anos, história de alcoolismo. Quadro constitucional e tosse não produtiva com 6 meses de evolução e aumento dos parâmetros inflamatórios. Fig.1: radiografia torácica inicial. TC-torácica: consolidações lobares superiores (maior à direita, cavitada). Iniciou antibioterapia sem resposta (fig.2/3). Rastreio séptico negativo. Lavado brônquico e baciloscopia negativas. Biópsia pulmonar transtorácica: Pneumonia Organizativa. Iniciou corticoterapia sistémica com resolução completa (fig.4).

IMI-03-016

UM CLÁSSICO

Liliana Ribeiro dos Santos, Marisa Paulino & Ana Paula Vilas
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 2B (DIRETOR: PROF. DOUTOR RUI MM VICTORINO)

Homem de 36 anos, que referia ter desde há 3 semanas anorexia, emagrecimento, febre vespertina e tosse produtiva. À observação, emagrecido e com crepitações de grandes bolhas no ápex direito. Na radiografia de tórax, infiltrado micronodular bilateral e infiltrados alveolares na metade superior do campo pulmonar direito. Laboratorialmente, com leucocitose (14080/mm3) neutrofílica, PCR de 9.8mg/dL, VS de 104mm/1ªh, BAAR no exame direto de expetoração e Mycobacterium tuberculosis no exame cultural.

IMI-03-017

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL UM DIAGNÓSTICO ÓBVIO

Albina Moreira, Ana Lisa Lima, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

Doente de 55 anos, antecedentes neoplasia da mama estadio IV (metastização óssea e cerebelosa), trombocitopenia. Internada por endocardite da válvula tricúspide. Desenvolveu insuficiência respiratória tipo 1 grave. A angiotomografia pulmonar mostrou tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo bilateral e padrão de densificação com áreas de consolidação no parênquima pulmonar. Apresenta-se estas imagens pela exuberância/extensão do TEP em doente com factores de risco protrombóticos e de hemorragia.

IMI-03-018

NEM TODAS AS IMAGENS SÃO PNEUMONIAS - O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Helena Lobo Martins, Raquel Marçoa, Maria João Oliveira, Manuela Vanzeller, Teresa Shiang
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO; SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

A neoplasia do pulmão (N1,N2) é a causa mais frequente de cancro em todo o mundo. A Pneumonia (P1,P2) é potencialmente grave e a principal causa de óbito entre as doenças infecciosas. Estas doenças partilham certos sintomas o que dificulta o diagnóstico diferencial. Ambas as patologias podem confundir-se tanto na telerradiografia do tórax (Rx) como na tomografia computadorizada. Contudo, é possível observar no Rx uma imagem típica de neoplasia - o sinal do "resplendor" (N1).

IMI-03-019

COMO PODEM CONFUNDIR-SE DUAS PATOLOGIAS TÃO DISTINTAS?

Helena Lobo Martins, Raquel Marçoa, Maria João Oliveira, Manuela Vanzeller, Teresa Shiang
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO; SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

A silicose, tecido cicatricial nos pulmões causado pela inalação de pó de sílica, surge na radiografia do tórax (Rx) como padrão típico de nódulos que, ao longo dos anos, se reúnem em grandes massas -conglomerados silicóticos (Fig. 1,3). A tuberculose pulmonar ativa pode manifestar-se no Rx como consolidações e cavitações (Fig. 4), padrões intersticiais retículo-nodulares (Fig. 2) podendo confundir-se com o padrão nodular da silicose. A TC do tórax permite melhor diferenciar as duas patologias.

IMI-03-020

LINFANGIOMIOMATOSE E ENFISEMA BOLHOSO - COMO SE MIMETIZAM?

Helena Lobo Martins, Raquel Marçoa, Maria João Oliveira, Manuela Vanzeller, Teresa Shiang
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO; SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

A Linfangiomiomatose (LAM) é uma neoplasia rara em que há atingimento pulmonar bilateral e difuso, distinguindo-se na TC 2 alterações: múltiplos quistos redondos com densidade de ar, de várias dimensões, rodeados por parênquima normal; densificação periquística (Fig. 1,2). O enfisema bolhoso é caraterizado pelo aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal com perda das paredes alveolares, formando-se grandes bolhas. Ocorre pneumotórax espontâneo se uma das bolhas rompe (Fig. 3,4).

IMI-03-021

SINAIS EM RADIOLOGIA - DE QUE PATOLOGIA SE TRATA?

Helena Lobo Martins, Raquel Marçoa, Maria João Oliveira, Manuela Vanzeller, Teresa Shiang
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO; SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Na Fig. 1 observa-se uma opacidade em vidro despolido rodeada por halo periférico mais denso. Denomina-se de Sinal do Atol ou Halo invertido e é patognomónico da pneumonia organizativa. Na Fig. 2 identifica-se uma colecção de ar periférica em volta de uma massa localizada no interior de uma cavidade – o sinal do Crescente. A causa mais frequente é um aspergiloma (Fig. 3).

IMI-03-022

UMA IMAGEM, VÁRIOS DIAGNÓSTICOS...

Afonso Nunes Ferreira, Milton Camacho, Inês Nogueira Fonseca, Teresa Rodrigues, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA I

Homem de 56 anos. Antecedentes de etilismo e tabagismo activos, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e doença cerebrovascular. Não cumpre medicação. Múltiplas vindas ao Serviço de Urgência e consequentes internamentos por insuficiência cardíaca descompensada em contexto de DPOC agudizada, por incumprimento terapêutico.

IMI-03-023

HIPOTRANSPARÊNCIA NODULAR – SINÓNIMO DE NEOPLASIA?

João Alexandre Tavares, Ana Catarina Duarte, José Nuno Raposo
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Mulher, 79 anos, admitida por dispneia de agravamento progressivo, anorexia e perda ponderal. À observação, diminuição do murmúrio vesicular à esquerda e discretos edemas bimaleolares. Radiografia de tórax com hipotransparênica homogénea da base esquerda e hipotransparência nodular do 1/3 médio direito (1). Na TC tórax, derrame pleural intercisural direito (2). Admitiu-se insuficiência cardíaca descompensada. Doente realizou terapêutica anticongestiva com melhoria clínica e imagiológica (3).

IMI-03-024

DOENÇA DE FORESTIER – QUANDO AFECTA O DIA-A-DIA

Isabel Silva, Raquel Carvalho
HOSPITAL DE BRAGA

A doença de Forestier ou hiperostose esquelética idiopática difusa caracteriza-se por calcificação e ossificação de enteses axiais ou extra-axiais. É maioritariamente assintomática, mas pode causar alterações significativas. Homem, 78 anos, queixas arrastadas de obstrução nasal, disfonia, dispneia e dificuldade na deglutição. Tomografia de seios perinasais e cavum faríngeo: marcada osteofitose anterior, deformando significativamente o lúmen da via aérea. Foi orientado para tratamento cirúrgico.

IMI-03-025

NEOPLASIA OU INFECÇÃO: QUANDO A IMAGEM DEIXA DÚVIDAS

Sara Camões, Rui Môço
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL PEDRO HISPANO, MATOSINHOS

Homem de 47 anos, não fumador. Recorre ao Serviço de Urgência com uma semana de tosse seca e dor torácica pleurítica, sem febre, não valorizando sintomas constitucionais. Radiografia torácica com imagem nodular bem definida que não capta contraste na tomografia, acompanhada de elevação de marcadores inflamatórios. Iniciou antibioterapia empírica. Tomografia a documentar involução da lesão às três semanas de antibiótico. Radiografia normal um mês depois, corroborando a hipótese de infecção.

IMI-03-026

SILICOSE PSEUDOTUMORAL

Raquel Gil, Duarte Soares, Maria João Castro, Rita Lopes, Diana Fernandes, José Brizuela, Eugénia Madureira
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA

Introdução: doença pulmonar, fibronodular intersticial difusa, causada pela inalação de sílica cristalina. Caso Clínico: masculino, 83 anos. Internado por infecção respiratória. TC Tórax: gânglios calcificados em topografia mediastínica e hilar, relação com silicose. Topografia justa-hilar massa, bilateral, 50 mm à direita e 40 mm à esquerda, calcificações grosseiras, relação com silicose pseudo-tumoral. Conclusão: O diagnóstico requer anamnese cuidadosa associada a alterações radiológicas.

IMI-03-027

PNEUMONIA ATÍPICA: APRESENTAÇÃO DE CO-INFECÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE VÍRUS VARICELA ZOSTER

Ana Manuel, Ana Cavadas, Dulce Pinheiro, Carina Silva, Luís Andrade, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 27 anos, com febre e rash generalizado. Contactos: criança com coriza e meio com surto de escarlatina. Radiografia do tórax sem lesões (1). Realizou tratamento sintomático. Retorna após 4 dias com vesículas generalizadas e dificuldade respiratória. Apresentou elevação dos parâmetros inflamatórios e serologias positivas para mycoplasma pneumoniae e vírus varicela zoster; radiografia do tórax com infiltrado difuso e disseminação miliar (imagem 2); foi medicado com antimicrobianos.

IMI-03-028

SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ

Miguel Guia, Carla Simão, Tiago Serra, Raquel Silva, Hedi Liberato, Fernanda Paixão Duarte
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE; SERVIÇO MEDICINA II, SERVIÇO PNEUMOLOGIA

Mulher de 63 anos, não fumadora, antecedentes de cirurgia torácica por bolhas de enfisema, internada por toracalgia pleurítica. Tomografia Computorizada Torácica (TC-T) com pneumotórax e quistos gasosos bilaterais no parênquima pulmonar (A,B). Não foi necessária drenagem. A TC-T controlo mostrou lesões quísticas sobreponíveis (C,D). A doente e um irmão apresentam tricodiscomas na face. Por suspeita de Síndrome de Birt-Hogg-Dubé fez estudo genético, que revelou mutação patogénica no gene FLCN.

IMI-03-029

BRONQUIECTASIAS

Paula Nascimento,Zsofia Vesza,Valentina Tosatto,Cristiano Cruz, Matteo Boattini, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL DE SANTA MARTA

Mulher,75 anos, com bronquiectasias saculares e cilíndricas bilaterais, recorre à urgência por agravamento da dispneia e da broncorreia habituais. Apirética,com broncospasmo difuso e crepitações bilaterais da metade inferior, PCR discretamente elevada (61mg/L), insuficiência respiratória global crónica agudizada com hipoxemia (pO2 63.9mmHg) e radiografia de tórax sem condensação de novo, cultura de expectoração com isolamento de Pseudomonas aeruginosa, sensível à ciprofloxacina, que iniciou.

IMI-03-030

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO

João Paulo Correia, Ana Sofia Silva, Maria Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Homem, 20 anos, fumador, com dor pleurítica anterior no hemitórax direito, com irradiação escapular e 1 hora de evolução. Taquicardico, normotenso, com diminuição do frémito vocal, timpanismo à percussão e diminuição do murmúrio vesicular à auscultação do hemitórax direito. A radiografia torácica revelou um extenso pneumotórax à direita (1; setas brancas) com nível hidroaéreo visível na base (1; setas amarelas). Foi colocado dreno torácico (2A) com boa evolução. Teve alta após 10 dias (2B).

IMI-03-031

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO – DA IMAGIOLOGIA À CLÍNICA

Ricardo Fernandes, Maria Ana Canelas, Rita Barbosa, Daniel Coutinho, Daniela Mendes, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA DE GAIA - ESPINHO

Raro em adultos, mais frequente em homens asmáticos (1%). Homem, 21 anos, fumador, trabalhador fabril, com clínica de tosse e dispneia. Telerradiografia de tórax: pneumomediastino, confirmado por tomografia computarizada, acrescendo enfisema subcutâneo e alterações em vidro despolido no lobo médio. Serologia positiva para Mycoplasma pneumoniae. Medicado com amoxicilina/clavulanato e azitromicina. Provas funcionais compatíveis com asma. Estável, mantém seguimento em ambulatório.

IMI-03-032

NEM TUDO É GRIPE

Ana Luísa Matos, Raquel Silva, Tatiana Cunha Pereira, Filipe Breda, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Doente de 60 anos com síndrome gripal com 3 dias de evolução. Antecedentes de abcesso cerebral operado, com epilepsia secundária medicada. Eupneico (21cpm), com auscultação pulmonar normal. Insuficiência respiratória tipo 1 refractária ao oxigénio suplementar (paO2 – 61mmHg, paCO2 – 28mmHg, FiO2 – 100%). D-dímeros normais (0.44μg/mL). Tomografia revelou malformação arteriovenosa com 10cm de maior eixo no lobo inferior direito, que foi submetida a embolização.

IMI-03-033

O LAR-DOCE-LAR DE UM OPORTUNISTA

Luís Graça Santos, Luís Carvalho, Catarina Ruivo, Fernando Montenegro, Behnam Moradi, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

Homem de 71 anos, fumador e com antecedentes de tuberculose pulmonar, que vem por dispneia, respiração ruidosa e tosse hemoptóica evolutivas com 3 semanas. A radiografia torácica identificou opacidade no terço superior direito com desvio homolateral do mediastino. A TAC torácica identificou cavidade com aspergiloma no ápex direito, bolhas de enfisema e bronquiectasias

IMI-03-034

PNEUMATOCELO COM PREENCHIMENTO HEMÁTICO

António da Costa Carneiro, Mariana Abreu Vieira, João Carlos Furtado
HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tratava-se de uma doente com 94 anos, com enfisema pulmonar com pneumatocelo esquerdo volumoso (87x57 mm), internada por erisipela do membro inferior esquerdo. Durante o internamento, apresentou dispneia de agravamento progressivo com derrame pleural esquerdo, e queda de hemoglobina em 5 g. Realizou TC de tórax que evidenciou preenchimento hemático do pneumatocelo. Atentendo às comorbilidades e grau de dependência, foi considerado que a doente não tinha indicação para intervenção cirúrgica.

IMI-03-035

TRAQUEOBRONCOMALÁCIA

Sheila Koch Jamal, Sérgio Lascasas, Adelaide Moutinho, Marta Meleiro Lisboa, Cátia Diogo, Cristiana Sousa
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, UNIDADE HOSPITALAR DE CHAVES - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sexo masculino, 66 anos, sem hábitos tabágicos, sem antecedentes de relevo, cirúrgicos ou de entubação, enviado à consulta por quadro arrastado de afonia e dispneia para esforços sem resposta a broncodilatação. Realizou tomografia computorizada torácica que revelou imagem típica "em parafuso" característica da traqueomalácia, e broncofibroscopia que confirmou presença de estenose da traqueia. A traqueobroncomalácia adquirida é um distúrbio raro nos adultos que resulta em obstrução da via aérea.

IMI-03-036

ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTÂNEO

Diogo Paixão Marques, Marta Manso, Simão Rodeia, Raquel Domingos, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

Apresenta-se o caso de doente com 70 anos, sexo masculino, com história de fibrose pulmonar grave, com padrão em "favo-de-mel" bilateral e áreas quísticas de predomínio subpleural que desenvolve extenso enfisema subcutâneo espontâneo, sob ventilação não invasiva. O mecanismo de desenvolvimento do enfisema subcutâneo foi a ruptura de um dos quistos pulmonares localizado no ápex pulmonar, possivelmente precipitada pela pressão positiva na via aérea induzida pela ventilação não invasiva.

IMI-03-037

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO – APRESENTAÇÃO INAUGURAL COM ENFARTE PULMONAR

Gonçalo Samouco, Sónia Canadas, Pedro Vieira, Rita Fernandes, João Correia
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA – HOSPITAL SOUSA MARTINS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 31 anos, sem antecedentes de relevo, admitida por temperaturas subfebris e dor torácica do tipo pleurítica há dois dias. Murmúrio diminuído na base pulmonar direita. Rx do tórax: hipotransparência de limites bem definidos no terço inferior do campo pulmonar direito. AngioTC: trombo na árvore arterial direita e consolidação basal posterior direita, sugestiva de enfarte parenquimatoso. Investigação etiológica com diagnósticos de síndrome antifosfolipídico e heterozigotia MTHFR677C>T.

IMI-03-038

PNEUMATOCELO – CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE

Nuno Zarcos Palma, Mariana da Cruz, Pedro Matos, Vítor Fagundes, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 83 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento do padrão de dispneia. Apresentava edema generalizado e congestão pulmonar. A radiografia torácica revelou imagem circular, circunscrita no campo pulmonar direito. O TAC torácico revelou na porção posterior do pulmão direito volumoso pneumatocelo medindo 13cm. Apresentava insuficiência respiratória tipo 2 com acidemia, refratária ao tratamento, vindo a falecer durante o internamento.

IMI-03-039

O PULMÃO ESTÁ CHUMBADO!

Luís Santos, Joana Alves, Alexandra Esteves, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Apresenta-se o caso de um homem de 92 anos, com antecedentes de doença pulmonar crónica, que recorreu à urgência por dispneia, tosse com expectoração e dor torácica. Destaca-se deste caso a particularidade de a doença pulmonar ser consequência de um acidente de caça há cerca de 35 anos, resultado numa doença pulmonar restritiva. Na radiografia de tórax são visíveis múltiplos chumbos alojados no pulmão direito.

IMI-03-040

PLACAS PLEURAIS

Tiago Camacho, Jerry Simões, Zara Soares, Ana Silva
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Doente de 57 anos, fumador (60 unidades maço/ano), que se apresentou na urgência com quadro de dispneia de esforço e cansaço com 3 anos de evolução, e tosse seca ocasional. O telerradiografia de tórax mostrava calcificações pleurais diafragmáticas, que a TAC revelou serem placas pleurais. Estas são imagens cada vez mais raras actualmente, mas são marcadores importantes de exposição a asbestos, implicando risco de asbestose pulmonar e mesotelioma, pelo que é importante o seu reconhecimento.

IMI-03-041

AR FORA DO SÍTIO

Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, Tiago Veiga, João Andrade, Diana Guerra
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1 PISO 8

Doente de 56 anos, antecedentes de silicose pulmonar. Admitido em UCI por dispneia súbita seguida de PCR. À admissão verificada assimetria na expansibilidade torácica com enfisema torácico e sons respiratórios diminuídos. TC demonstrou enfisema subcutâneo e intra e intermuscular extenso, extendendo-se desde a região cervical através do tórax para a parede abdominal incluindo o escroto. Pneumotórax de volume moderado à direita e pneumoperitoneu por extensão provável do pneumotórax.

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS — LCD #3 — SALA ATRIO

IMI-03-042

DEDOS EM PESCOÇO DE CISNE: O REFLEXO DE UMA ARTRITE REUMATÓIDE

Ana Patrícia Gomes, Pedro Lito, Dídia Lages, Eduardo Carvalho, Joana Cardoso, Carlos Lino, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 46 anos internada para estudo de ascite e síndrome constitucional, tendo-se diagnosticado nesse contexto neoplasia mucinosa de ovário. Como antecedentes apresentava hipertensão, Hepatite C crónica e Artrite Reumatóide sem seguimento ou terapêutica desde os 25 anos. As alterações anatómicas das mãos devem-se desvio cubital por diminuição interarticular com erosões e áreas de reabsorção óssea que afectam interfalangicas proximais, poupando as interfalangicas distais (pescoço de cisne).

IMI-03-043

ARTRITE GOTOSA CRÓNICA

Juliana Silva, Ana Raquel Barreira, Ana Raquel Ramos, Carina Silva, Luís Andrade, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Mulher de 74 anos, com hiperuricemia de longa evolução e artrite poliarticular, simétrica, deformante, atingindo preferencialmente as articulações de mãos e joelhos, com nódulos cutâneos difusos: artrite gotosa crónica. Já submetida a múltiplas exéreses cirúrgicas de tofos gotosos periféricos. Idosos, principalmente mulheres com lesão renal, sob anti-inflamatórios e/ou diuréticos, podem ter um maior risco de desenvolvimento precoce de tofos.

IMI-03-044

CALCINOSE TUMORAL NUMA MULHER JOVEM

Fátima Leal-Seabra, Rafaela Veríssimo, Miguel Frias, Fontes Lebre, Agripino Oliveira
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Telerradiografia do ombro, pélvica e do pé com evidência de áreas de hipotransparência granulomatosas nos tecidos moles justa-articulares sugestivas de calcinose tumoral (CT), numa mulher de 35 anos, ex-fumadora de 10UMA, com obesidade grau I e doença bipolar estável. A CT é uma entidade clínica rara de etiologia desconhecida, caracterizada pela deposição de cristais de cálcio nos tecidos moles justa-articulares, com atingimento progressivo de múltiplas articulações, sem envolvimento ósseo.

IMI-03-045

MAL DE POTT

Teresa Alves Pereira, Cláudia Maria Pereira, Irene Marques, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mal de Pott ou Espondilite tuberculosa, uma das doenças mais antigas da humanidade, documentada na Idade do Ferro e nas múmias do Egipto, tornou-se uma entidade rara com o advento da terapêutica antibacilar. Apresenta-se uma mulher de 76 anos com deformidade grave da coluna torácica após tuberculose óssea na infância.

IMI-03-046

EDUARDA MÃOS DE ARTRITE

Rita Saúde Conde, Rita Reis, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA IB, HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

A artrite reumatóide (AR) é uma doença crónica, sistémica e inflamatória que cursa com destruição das articulações sinoviais por erosão da cartilagem e do osso levando a deformações articulares. As imagens correspondem a uma doente de 88 anos, com AR com 50 anos de evolução. Desvio ulnar ou "dedos em rajada de vento´, subluxação das metacarpo-falângicas, deformidade de Boutonnière (5º dedo da mão direita), "bico de pato" ou "deformidade em Z" (polegar) são algumas das deformidades típicas da AR.

IMI-03-047

GOTA TOFÁCEA

Tatiana Costa Pires, Inês Mesquita, Ana Ferrão, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Gota Tofácea Crónica em homem de 83 anos com alergia ao alopurinol. Sob terapêutica com colchicina 1mg 2id. Iniciará febuxostato 80mg 1id. a) e b) tofos

gotosos plantares, com sinais de sobreinfeção à esquerda (b), doente referenciado para consultas de Ortopedia (eventual indicação cirúrgica) e MFR (calçado adaptado). c) exuberantes tofos gotosos envolvendo múltiplas articulações de ambas as mãos com limitação grave da flexão/extensão dos dedos d)envolvimento do pavilhão auricular.

IMI-03-048

GOTA POLIARTICULAR

Maria Margarida Luís, Márcia Oliveira, Rafaela Veríssimo, Cláudia Rozeira, Agripino Oliveira, Vítor Paixão Dias
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - UNIDADE III. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO, EPE.

Mulher, 72 anos. Antecedentes de alcoolismo e HTA. Medicada com Hidroclorotiazida. Admitida na Unidade de Ortogeriatria ao abrigo do protocolo da Via Verde de Fractura do Fémur. No pós-operatório de redução fechada de fractura do fémur, desenvolveu poliartralgias / poliartrite. Afastada hipótese de artrite séptica. Hiperuricemia. Assumida Gota poliarticular, em doente com favorecimento de antecedentes médicos e precipitantes: trauma e cirurgia. Melhoria com indometacina.

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) — LCD #3 — SALA ATRIO

IMI-03-049

ANEURISMA GIGANTE TROMBOSADO E PARCIALMENTE CALCIFICADO: UMA IMAGEM POUCO COMUM

Elvis Guevara, Rita Homem
HOSPITAL GARCIA DE ORTA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 85 anos, hipertensa. Encontrada pelos familiares com alteração do estado de consciência, incontinência de esfíncteres e episódio de vómitos. Quatro episódios prévios semelhantes, último episódio com crise hipertensiva. TC CE e angio-TC aneurisma gigante trombosado parcialmente calcificado no território da ACM à esquerda. Observada pela Neurocirurgia. Tem alta medicada com levetiracetam e para consulta de Neurocirurgia. Caso será discutido em reunião multidisciplinar de Neuro-Radiologia

IMI-03-050

PARA QUE PRECISAMOS DE TANTO ENCÉFALO? UM CASO DE ABCESSO CEREBRAL NO ADULTO.

Ana Sousa, Tiago Tribolet de Abreu.
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Homem 41 anos, antecedentes traumatismo craniano há 15 anos, recorre ao serviço de urgência por febre, otorragia purulenta, cefaleia e desequilíbrio com 7 dias de evolução. A tomografia crânio-encefálica revela na região temporal esquerda áreas loculadas com realce periférico após contraste, sugestivas de abcessos cerebrais, ocupando cerca de 2/3 do hemisfério esquerdo. O doente mantinha um Score de Glasgow de 14. Esta é uma complicação rara da otite média aguda, particularmente no adulto.

IMI-03-051

O GRANDE MIMETIZADOR

Ana Nunes, Rui Almeida, Jorge Ferreira
HOSPITAL DE SANTA CRUZ - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

As alterações do electrocardiograma (ECG) após hemorragia subaracnoideia (HSA) são frequentes e difíceis de distinguir da isquémia miocárdica aguda. Mulher de 59 anos com perda súbita da consciência. ECG: infradesnivelamento de ST nas pré-cordiais. Análises: Troponinal 1.7µg/L, aPTT >120seg, D-Dímero >5µg/mL. Coronariografia sem lesões. Tomografia computorizada craneo-encefálica: HSA maciça generalizada. Este caso revela que na HSA pode haver alterações no ECG que levam a erros diagnósticos.

IMI-03-052

HEMATOMAS SUBDURAIS BILATERAIS

Isabel Silva, David Garcia, Rosa Cardoso, Rosário Araújo, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Mulher, 72 anos, diabética e hipertensa, trazida ao serviço de urgência por dificuldade na marcha e discurso incoerente com 2 dias de evolução. Sem traumatismos. Ao exame físico prostrada. A tomografia cerebral mostra volumosos hematomas subdurais hemisféricos bilaterais de provável carácter crónico, mas com exuberantes sangramentos agudos, condicionando efeito de massa. Foi orientada para Neurocirurgia e realizou trepanação frontal e parietal bilateral com recuperação neurológica progressiva.

IMI-03-053

MENINGIOMA COM HIDROCEFALIA SUPRATENTORIAL

Miguel Alves, Carina Rodrigues, Elizabete Pinelo, Adelaide Esteves, Eugénia Madureira
ULSNE-HOSPITAL DE BRAGANÇA

Mulher de 50 anos com diagnóstico de Psicose Esquizoafectiva seguida nas consultas de Psiquiatria, trazida à urgência por suspeita de crise convulsiva. Realizou TC CE e objectivou-se a nível supratentorial, marcada dilatação dos ventrículos laterais do sistema ventricular com hidrocefalia significativa e uma lesão expansiva, hipodensa com o parênquima encefálico, arredondada com cerca de 3,4 cm de maior diâmetro, suspeita de traduzir um meningioma.

IMI-03-054

CRONOLOGIA DE UM AVC

Tânia Afonso, Cátia Pereira, Cristiana Batouxas, Elisabete Pinelo, Eugénia Madureira
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA

Mulher, 51 anos, obesa, com antecedentes de insuficiência venosa crónica dos membros inferiores e tromboflebite espontânea, sem outras doenças ou fatores de risco vascular conhecidos. Admitida por quadro de instalação súbita de disartria, hemianópsia homónima esquerda e hemiparésia esquerda com face (NIHSS de 15). TC a revelar trombo intraluminal na ACM direita. Fibrinólise às 3h30 de evolução, sem sucesso. Evolução com malignização, necessidade de craniectomia descompressiva e óbito.

IMI-03-055

OCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA ESQUERDA

Gonçalo Castelo Branco, Joana Ferreira, Ana Novo, Sara Freitas, Jorge Cotter
MEDICINA INTERNA; HOSPITAL SENHORA OLIVEIRA GUIMARÃES

Mulher, 87 anos, admitida na Urgência por afundamento do estado de consciência, de início súbito, com deterioração rápida. Apresentava Escala Coma Glasgow 4(O1V1M2). Pupilas centradas na linha média, simétricas, não reactivas; reflexo corneano presente. NIHSS 38. O TC-CE – "extenso AVC isquémico hemisférico esquerdo por oclusão carotídea; hérnia subfálcica; desvio da linha média para a direita de 14mm a nível dos foramina interventriculares". Doente faleceu 6h após admissão.

IMI-03-056

HIDROCEFALIA AGUDA

Joana Martins, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 27 anos. Antecedentes de malformação arteriovenosa cerebral com rutura há 11 anos e derivação ventriculoperitoneal com disartria e hemiparésia direita sequelares. Admitido no serviço de urgência por prostração. Ao exame objetivo sem défices neurológicos focais de novo, apirético e hemodinamicamente estável. A TAC revelou sinais sugestivos de hidrocefalia ativa. Discutido caso com Neurocirurgia e assumida obstrução de derivação, tendo sido operado com recuperação do estado de consciência.

IMI-03-057

HEMORRAGIA CEREBELOSA PÓS TROMBOSE VENOSA CEREBRAL EXTENSA

Lilian Sousa, Susana Cunha, Juliana Silva, Cátia Santos, João Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ. SERVIÇO DE MEDICINA II

Mulher de 58 anos, medicada com Estradiol + Gestodeno, apresentava quadro de cefaleia temporal esquerda de intensidade crescente, sem alívio com analgésicos, associada a fono-fotofobia, náuseas e vómitos com 3 semanas de evolução. História de 2 episódios de lipotímia nos últimos 2 dias. Sem alterações ao exame neurológico. A TC cerebral revelou hemorragia hemisfério cerebeloso direito, assinalando hiperdensidade do seio lateral esquerdo. A RM cerebral confirmou extensa trombose venosa cerebral.

IMI-03-058

LESÃO QUISTICONECROTICA NO GLIOBLASTOMA MULTIFORME

Cátia Santos, Lilian Sousa, Juliana Silva, João Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ - MEDICINA INTERNA II

Homem de 72 anos, com história de discurso incoerente há 3 semanas, iniciou afasia e hemiparesia direita. A TAC-CE revelou lesão ocupante de espaço fronto-tempero-parietal esquerda, tendo iniciado terapêutica com dexametasona. A RMN-CE objetivou lesão expansiva hemisférica esquerda, heterogénea com componente hemorrágico intra-lesional e região central quisticonecrotica, sugestiva de glioblastoma multiforme. O diagnóstico foi confirmado histologicamente pós lobectomia temporal esquerda.

IMI-03-059

CEFALEIA HEMICRANIANA E PTOSE HOMOLATERAL

Liliana Ribeiro dos Santos, Marisa Paulino & Ana Paula Vilas
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE -HOSPITAL DE SANTA MARIA- SERVIÇO DE MEDICINA 2B (DIRETOR: PROF. DOUTOR RUI MM VICTORINO)

Mulher de 46 anos, com cefaleia de tensão, hipertensão arterial essencial e hipercolesterolémia, que 1 semana antes do internamento iniciou ptose à direita e cefaleia hemicraniana homolateral com extensão cervical. Ao exame neurológico apenas tinha miose e ptose discretas à direita. Fez RM-CE que documentou dissecção da artéria carótida interna direita cervical acima de C2 (na imagem, lúmen estreito excêntrico e espessamento mural em forma de crescente, com aumento do diâmetro do vaso).

IMI-03-060

"RED FLAGS" DAS CEFALEIAS

Edite Marques Mendes, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Mulher, 34 anos, saudável, com queixas de cefaleia unilateral, na região retroauricular, pulsátil, de início súbito e contínuo, com 3 dias de evolução. Sem fono ou fotofobia, náuseas ou vómitos. Realizado TAC-CE que não revelou alterações. Alta medicada com analgesia. No dia seguinte recorre novamente ao SU pela mesma sintomatologia. Realizou novo TAC-CE com contraste que revelou defeito de preenchimento no seio transverso direito, compativel com trombose venosa cerebral.

IMI-03-061

PARÉSIA DO III E VI PAR CRANIANO SECUNDÁRIA A LINFOMA PLASMABLÁSTICO

António Ferreira, Susana Barbosa, Luís Pontes Santos, Paula Felgueiras, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO MEDICINA 1 - ULSAM

34 anos, infecção VIH estadio C3, apresentou diplopia horizontal com evidência de parésia parcial do III par craniano à direita (incapacidade de elevação palpebral e adução ocular) e parésia do VI par craneano esquerdo (incapacidade de abdução ocular). Imagem A: olhar dirigido para a frente com desvio cefálico para a esquerda; Imagem B: olhar para a direita; Imagem C: olhar para esquerda. Diagnóstico final: Linfoma plasmablástico estadio IV com envolvimento neurológico, medular e intestinal.

IMI-03-062

ETIOLOGIA ATÍPICA DE ACIDENTE VASCULAR ISQUÉMICO COM APRESENTAÇÃO TÍPICA

Sara Cameira Croca, Igor Miguel Nunes, Tiago Santos, Leonor Carvalho
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 1-C

Homem, 35 anos, saudável. Hemianópsia homónima direita de instalação súbita. TC-CE evidenciando hipodensidade cortico-subcortical temporo-parieto-occipital direita compatível com lesão vascular isquémica recente (A). RM-CE realizada às 72h com lesão isquémica cortical subaguda na convexidade occipito-temporal posterior direita (B1) e múltiplas lesões desmielinizantes (B2 e B3). Ausência de realce pós-contraste excluindo desmielinização activa.

IMI-03-063

ANEURISMA CALCIFICADO: UM ACHADO IMAGIOLÓGICO

Eduardo Carvalho, Ana Patrícia Gomes, Dídia Lages, Margaria Ascensão, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 91 anos, antecedentes de aneurisma cerebral, enxaqueca e HTA. Admitida no serviço de urgência(SU) por quadro de cefaleia intensa, holocraniana, pulsátil, que agravava com esforço físico e decúbito. Parestesia da hemiface esquerda, fotofobia e náuseas. Exame neurológico sem défices focais. Tomografia crânio-encefálica(TAC-CE) de 2008: aneurisma prévio(Foto A). TAC-CE no SU: imagem calcificada do aneurisma sem sinais de eventos agudos (Foto B). Instituída analgesia com resolução do quadro.

IMI-03-064

MENINGIOMA

Raquel Gil, Duarte Soares, Miguel Alves, Joana Martins, José Brizuela, Eugénia Madureira
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA

Introdução: Meningiomas são tumores de crescimento lento desenvolvidos a partir de células aracnóides. Caso Clínico: 71 anos, feminino. HTA, diabetes e dislipidemia. Episódio de perda de consciência com incontinência dos esfíncteres. TC crânio: Lesão tumoral extra-axial frontal esquerda, efeito de massa, compressão ventricular, desvio da linha média, hérnia subfálcica, com 42x34mm. Cirurgia após 10 dias com posterior agravamento neurológico. Conclusão: apresentado caso de volumoso meningioma.

IMI-03-065

SÍNDROME DE FAHR

Joana Braga, Inês Coelho, Aissatu Cassama, Sheilla Coelho, Luís Forte
ULS CASTELO BRANCO- SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Síndrome de Fahr - doença neurológica, incomum, caracterizada por depósitos anormais de cálcio nos gânglios da base e córtex cerebral. Mulher de 53 anos, quadro clínico de parestesias e rigidez muscular, de agravamento progressivo. Calcemia de 6,7 mg/dl. Tomografia cerebral - Imagem 1: calcificações dos globos pálidos e talâmicas bilaterais menos acentuadas; Imagem 2: calcificações bilaterais, simétricas, nos núcleos dentados do cerebelo. Atualmente, medicada com cálcio oral e assintomática.

IMI-03-066

PORENCEFALIA

Vânia Gomes, Filipa Aguiar, Rosa Macedo Carvalho, Céu Rodrigues, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Mulher de 79 anos internada por enfarte subagudo occpital direito. Apresentava marcada espasticidade no hemicorpo direito. A imagem cerebral mostrou um quisto porencefálico temporo-occipital esquerdo sequelar com extensão superior até à convexidade fronto-parietal, comunicando o espaço de líquor da convexidade com o ventrículo lateral e provocando marcada moldagem e erosão óssea, provavelmente secundário a traumatismo crâneo-encefálico ocorrido nos primeiros anos de vida.

IMI-03-067

DA VERTIGEM AO ANEURISMA INCIDENTAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vânia Junqueira, Joana Torre, Francisco San Martin, Rosa Amorim, Joana Sequeira, Anton Vasin, Joana Carneiro, Ana Valada Marques, Ana Corte-Real
CHO - CALDAS DA RAINHA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 84 anos, com síndrome vertiginoso periférico conhecido, que recorre ao serviço de urgência por quadro de vertigens associado a sudorese profusa e náuseas, sem outros sintomas. À admissão tensão arterial de 160/78 mmHg e ataxia da marcha, sem outros achados. Avaliação analítica sumária e electrocardiograma sem alterações. Tomografia axial computorizada crânio-encefálica sem e com contraste, cujas imagens de apresentam.

IMI-03-068

UM ESTÔMAGO PARKINSÓNICO

Diana Gonçalves, Rafael Silva, João Melo, Daniela Marado, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Homem de 89 anos, com múltiplas comorbilidades, entre as quais Doença de Parkinson (DP) medicado com Carbidopa/Levodopa 25/100 mg. Recorreu ao SU por vómitos com 1 dia e diarreia com 5 dias de evolução e cólica abdominal associada. Radiografia abdominal identificou dilatação gástrica acentuada, sem causa aparente, apesar de posterior diagnóstico de pielonefrite aguda. Achado imagiológico assumido como manifestação não motora (disautonómica) da DP, resolvida com colocação de sonda naso-gástrica.

IMI-03-069

AS PROVAS DA AGRESSIVIDADE

Ana Luísa Matos, Cláudia Macedo, Sara Leitão, Benilde Barbosa, Pereira de Moura, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Mulher de 82 anos com demência vascular. Alteração de novo do comportamento e inicio súbito de disartria e hemiparesia esquerda grau 3. TC-CE (imagem 1): lesão expansiva temporo-occipito-parietal direita com captação periférica, deformação do ventrículo lateral e desvio da linha média. Mesma hipodensidade identificada 2 meses antes em TC-CE pós-queda (imagem 2) e orientada para Consulta. Provável glioblastoma, iniciou dexametasona e foi transferida para a Neurocirurgia.

IMI-03-070

SINAL DA CRUZ

Natacha Silveira, Vanessa Machado, Luísa Arez
UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO - CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A atrofia multissistémica (MSA) é uma doença neurodegenerativa. No subtipo cerebeloso (MSA-C) predominam os sinais cerebelares no início do quadro. A ressonância magnética crânio-encefálica em corte axial (A) mostra sinais de atrofia significativa da protuberância, cerebelo e pedúnculos cerebelosos médios; hiperintensidade na ponderação T2 dos pedúnculos cerebelosos médios e hipersinal cruciforme ("sinal da cruz") na protuberância (setas vermelhas). O "sinal da cruz" é muito sugestivo de MSA-C

IMI-03-071

DISGENESIA DO CORPO CALOSO

Joaquim Peixoto, Joana Póvoa, Maria do Rosário Ginga, Fátima Campante
HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Aspectos sugestivos de disgenesia do corpo caloso com configuração colpocefálica - posição elevada do III ventrículo, insinuando-se entre os ventrículos laterais, que evidenciam afastamento dos corpos, com inversão da curvatura dos cornos occipitais, ligeiramente dilatados. Aspectos de sugestivos de malformação cortical frontal direita com cortex polimicrogirico e aspecto sugestivo de interdigitação das circunvoluções frontais por provável hipoplasia da foice cerebral

IMI-03-072

SÍNDROME DE ANTON DE ETIOLOGIA VASCULAR ISQUÉMICA

Anabela Brito1, Helena Vilaça1, José Manuel Araújo2, João Pinho2, Carla Ferreira2, Esmeralda Lourenço2
1 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL CONDE DE BERTIANDOS, SERVIÇO DE MEDICINA 2. 2 - HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE NEUROLOGIA

A síndrome de Anton (SA) surge em doentes com cegueira cortical (CC), relacionado com lesões parieto-occipitais bilaterais e caracteriza-se pela negação do défice visual e confabulação visual (CV). Mulher, 76 anos, admitida por comportamento visual alterado segundo os familiares. Exame neurológico com CC, anosognosia visual e CV. Ressonância magnética cerebral com lesões isquémicas recentes occipitais bilaterais. A SA é rara, mas o seu reconhecimento é crucial para o diagnóstico correto.

IMI-03-073

ANGIOEDEMA DA LÍNGUA APÓS FIBRINÓLISE COM ALTEPLASE

Lilian Sousa, Catarina Faria, Cátia Santos, Cláudio Quintaneiro
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ. SERVIÇO DE MEDICINA II

Mulher de 61 anos, com quadro de afasia de expressão e compreensão, sem outros défices. Teve crise convulsiva após avaliação inicial no serviço de urgência. Sem alterações agudas na TC cerebral, tendo-se efectuado fibrinólise com alteplase (iniciado às 4h do início de sintomas). As imagens mostram efeito adverso de angioedema da língua que iniciou imediatamente após o término de alteplase, assim como a evolução após 24h, apresentando apenas sinais de mordedura.

IMI-03-074

VOLVO DO SIGMÓIDE NUMA SÍNDROME DE SHY-DRAGER

Rosa Cardoso, Pedro Gonçalves, Margarida Monteiro, David Araújo, Isabel Silva, Manuela Vasconcelos
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Masculino, 74 anos, totalmente dependente e cronicamente algaliado, portador de sindrome de Shy-Drager (atrofia neurológica de múltiplos sistemas). Internado por infeções respiratória e urinária. Durante o internamento desenvolve obstipação com paragem de emissão de gases e fezes. Documentado volvo do sigmóide associado a colite isquémica. A sindrome de Shy-Drager é uma entidade neurológica degenerativa rara, mais frequentemente diagnosticada em homens com mais de 60 anos.

IMI-03-075

UM INCIDENTALOMA NÃO TÃO ACIDENTAL

Rui Almeida, Teresa Bernardo, Joana Mauricio, Susana Heitor
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO FONSECA

Mulher de 85 anos, internada em contexto de crise convulsiva, cujo exame tomográfico de crânio revelou, além de sequelas de vários enfartes lacunares, a presença de uma massa na vertente superior da sela turca. A Ressonância Magnética confirmou a presença de um macroadenoma hipofisário com 14x12,5x11 mm. Durante o internamento inicia quadros de hipotensão postural com perda de conhecimento associada. A investigação clinica revela uma insuficiência supra-renal secundária.

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS — LCD #3 — SALA ATRIO

IMI-03-076

DISSECÇÃO AÓRTICA, UMA HISTÓRIA COM FINAL FELIZ!

César Vidal, Sandra Martin, Maria Eugénia André
HOSPITAL AMATO LUSITANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso de um homem de 54 anos sem antecedentes de relevo, que recorre ao SU em Agosto de 2015 por palpitações e dor inter-escapular com uma semana de evolução. À admissão, FA com FC ~160 e TA 141/106. Realizou angio-TC que mostrou dissecção de toda a aorta torácica e abdominal (tipo A Stanford), concomitante com dilatação aneurismática da porção ascendente, com verdadeiro e falso lúmen permeável. Foi transferido para cirurgia urgente, e neste momento encontra-se assintomático.

IMI-03-077

TRALI-TRANSFUSION-RELATED ACUTE LUNG INJURY: UMA REACÇÃO TRANSFUSIONAL RARA POTENCIALMENTE FATAL

Maria João Alves Pinto, Raquel Sousa Almeida, Petra Margarida Pego, João Matos Costa
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA III

Mulher de 69 anos internada por anemia e melenas. Após suporte transfusional iniciou quadro súbito de insuficiência respiratória global. O radiograma do tórax mostrou áreas de hipotransparência em ambos os campos pulmonares. Após corticoterapia e ventilação não-invasiva verificou-se melhoria clínica e radiológica. O TRALI é uma causa rara de síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS), ocorre em geral até 6 horas após transfusão sanguínea, devendo ser diferenciado da sobrecarga de volume.

IMI-03-078

O BAÇO INTRATORÁCICO: UMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA

Elvis Arias, Vera Pereira, Sara Lança
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mulher de 63 anos. História de neoplasia do ovário com recidiva peritoneal, submetida a peritoniectomia e QT hipertérmica intra-peritoneal. Após ter alta inicia quadro de prostração, condicionando hipoventilação com acidemia respiratória, apresentando desaturação e taquicardia com elevação da cabeceira. Foi realizada TC toraco-abdomino-pélvica que revelou baço intratorácico em provavelmente relação com hérnia diafragmática pós cirúrgica.

IMI-03-079

DISSECÇÃO DA AORTA: UMA LINHA TÉNUE

Rodrigo Nazário Leão, Paula Nascimento, João Azeredo Costa, José Ribeiro
UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 2, HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL-EPE

Homem de 61 anos, hipertenso e insuficiente renal. Assistido por dor súbita dorsal com irradiação anterior, 1h de evolução, sem melhoria com analgesia. Realizou TC: disseção da aorta com início na crossa após a emergência da artéria subclávia esquerda estendendo-se até à emergência da artéria renal direita. Intervencionado com sucesso. Trata-se de uma emergência com elevada morbimortalidade. O quadro clínico e exame físico são pouco específicos exigindo o diagnóstico elevado grau de suspeição.

IMI-03-080

HEMATOMA DA PAREDE ABDOMINAL ASSOCIADO À ENOXAPARINA

Rosa Alves, Ana Gonçalves Ferreira, Pedro Azevedo, Rita Nortadas, Tiago Judas, João Namora
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 83 anos, admitida por fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, tendo sido anticoagulada com enoxaparina. Desenvolveu quadro de dor abdominal com massa abdominal de aumento progressivo, após punção subcutânea de enoxaparina, complicado de instabilidade hemodinâmica, necessidade de suporte aminérgico e descida de 1.5g/dL de hemoglobina. A TC abdominal demonstrou múltiplas colecções hemáticas da parede abdominal (a maior no recto anterior esquerdo com cerca de 12,6cm).

IMI-03-081

PNEUMOMEDIASTINO E PNEUMORAQUIS

Diana M. Ferreira, Patrícia A. Mendes, Ana Rita Nogueira, João Fonseca, João Pedro Gomes, Pedro Lopes, António Aragão, Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Homem, 24 anos, observado no Serviço de Urgência por febre, odinofagia, dispneia e tosse produtiva, purulenta, com 2 dias de evolução. Sem antecedentes patológicos relevantes. Radiografia torácica mostrando densificação hilar e enfisema subcutâneo cervical bilateral, este aparente também à palpação cervical. TC-cérvico-torácica revelou "extenso enfisema subcutâneo dissecando os espaços faríngeos (rino, oro e hipofaringe) e parafaríngeos, com extensão ao mediastino e ao canal medular".

IMI-03-082

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO – O SINAL DE HAMMAN E A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA

André Rosa Alexandre, Luís Duarte Costa, Alexandra Bayão Horta, João Sá
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL DA LUZ

Mulher de 23 anos, saudável, não fumadora, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor retroesternal súbita com irradiação cervical e dorsal, sem factores desencadeantes. Na observação foram identificados um enfisema subcutâneo supraclavicular esquerdo e o sinal auscultatório de Hamman. O radiograma de tórax mostrou um pneumomediastino espontâneo, confirmado pela tomografia computorizada, que não identificou patologia estrutural pulmonar. Houve recuperação completa com terapêutica conversadora.

IMI-03-083

MANIFESTAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA NUM CASO DE HIPOTERMIA GRAVE

Ana Branco, Juliana Sá, Bruno Valentim, Lénea Porto, Paulo Batista, Ana Sofia Teixeira, Artur Gama
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

Imagem de electrocardiograma de um homem de 88 anos observado no Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência que apresentava à admissão temperatura auricular de 28,9ºC. São visíveis ondas de Osborne (setas) que representam uma distorção da fase precoce da repolarização membranar. Ainda que possam ocorrer em contexto de hemorragia subaracnoideia, hipercalcémia e isquémia miocárdica aguda, são altamente sensíveis e específicas da hipotermia.

IMI-03-084

UM OLHAR ATENTO FAZ DIFERENÇA

Leila Cardoso, Ricardo Marques, Mercedes Agundez, Adriano Rodrigues
HG-CHUC

Género Masculino, 82 A, admitido no SU com história de vómitos resultantes de engasgamento durante deglutição de peixe, seguido de instalação de dor abdominal intensa nos quadrantes superiores de agravamento progressivo. Radiografia de tórax e simples de abdómen revela Sinal de Rigler sugestivo de Pneumoperitoneu.Submetido a Laparotomia exploradora. Ao nível do Cárdia esofágica, rotura longitudinal com cerca de 4/5 cm de localização na face anterior.

IMI-03-085

PRÓTESE DENTÁRIA ENDOBRÔNQUICA

Ana Carolina Ferreira, Vanessa Barcelos, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

Homem de 72 anos, hipertenso, admitido no Serviço de Urgência por quadro súbito de dificuldade respiratória após aspiração de "corpo estranho" durante intervenção ortodôntica. À observação: eupneico com murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito na auscultação pulmonar. Radiografia do tórax com prótese de 4 peças dentárias alojada ao nível do lobo inferior direito. Foi posteriormente submetido à sua extração por broncofibroscopia rígida, sob sedação e anestesia, sem intercorrências.

IMI-03-086

PNEUMOMEDIASTINO

Inês Coelho Santos, Tiago Alves, Geetha Girithari, Lara Adelino, André Real,Cristina Lopes, Márcia Melo, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, SERVIÇO DE URGÊNCIA

Homem, 32 anos, ex-fumador, medicado com associação de antibiótico para Pneumonia da base direita há uma semana, recorre ao serviço de urgência por manutenção da sintomatologia: tosse seca, mialgias e hemóptises. Rx-Torax: pneumomediastino, lesão nodular à direita. Angio-TC Tórax: "Pneumomediastino. Lesão nodular com 5,1cmx4,3cm na localização paratraqueal direita .Lesão nodular com 2cm no lobo superior direito(lesão neoplásica primitiva). Histologia: Carcinoma epidermóide do Pulmão

IMI-03-087

MEDIASTINITE NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A FARINGITE AGUDA

João Fonseca, José Eduardo Mateus, Ana Rita Nogueira, Pedro Lopes, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem, 43 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, recorreu à Urgência por dispneia e toracalgia bilateral. Desde há 1 semana apresentava febre, odinofagia e disfonia com agravamento progressivo. Realizou TC cervico-torácica com evidência de abcesso latero-faríngeo bilateral (maior à esquerda com 40 mm), com extensão para a fossa supraesternal(A), parede torácica direita(B) e mediastino anterior (C), com presença de áreas líquidas e gás, aspectos compatíveis com mediastinite necrotizante.

IMI-03-088

PNEUMOMEDIASTINO POR CARDIOVERSÃO ELÉCTRICA

Ana Isabel Pedroso, Inês Mourato Nunes, Raquel Almeida, Vitor Fonseca, Filipa Barros, Armindo Ramos
HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mulher de 76 anos admitida por pneumonia associada a cuidados de saúde. Por instabilidade hemodinâmica com fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida houve necessidade de cardioversão eléctrica. Inicia quadro súbito de insuficiência respiratória aguda, pelo que realiza TC Tórax que revela: "Presença de pneumomediastino e enfisema subcutâneo na região latero cervical esquerda e na parede torácica antero superior homolateral.".

IMI-03-089

PNEUMOTÓRAX OU TEIA DE ARANHA?

Ana Isabel Pedroso, Inês Mourato Nunes, Raquel Almeida, Vitor Fonseca, Filipa Barros, Armindo Ramos
HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Homem de 73 anos, admitido por pneumotórax à direita, loculado-(imagem 1). Drenado e sob ventilação em pressão positiva faz novo pneumotórax desta vez hipertensivo (imagem 2). Por enfisema grave, na imagem 3 consoante o que se foca (pneumotórax ou parênquima pulmonar) poderá observar-se a semelhança com uma teia de aranha.

IMI-03-090

QUANDO O AR "ENGORDA" MESMO

Paulo Almeida, Joana Neves, Eliana Araújo
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA (CHBV) – AVEIRO

O enfisema subcutâneo (ES) ocorre em 30% dos doentes com fratura de múltiplos arcos costais. Mulher 83 anos, fratura de 5 costelas direitas há 3 dias, readmitida por dispneia e "inchaço" da face e membros superiores (MS). Objetivamente, voz nasalada e ES de ambos os MS, tórax, pescoço e face com encerramento palpebral bilateral. Radiografia e TC tórax com exuberante ES de toda a parede torácica, pneumotórax à direita e pneumomediastino difuso. Colocou-se dreno torácico com boa evolução clínica.

IMI-03-091

UM CASO DE LIVEDUS RETICULARIS

Marisa Rosete, Rui Ferreira, Susana Magalhães, Amélia Pereira
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, SERVIÇO DE MEDICINA

Homem, 74 anos, admitido na Urgência, por dor no membro inferior esquerdo. Objetivada tensão arterial de 199/121mmHg, livedus reticularis nos quadrantes esquerdos do abdómen e palidez do pé esquerdo com diminuição dos pulsos arteriais homolaterais. Ecograficamente, apresentava volumosa dilatação aneurismática da aorta abdominal. Foi medicado com labetalol endovenoso e transferido para apoio de Cirurgia Vascular por suspeita de dissecção de Aneurisma da aorta abdominal e isquémia do pé esquerdo.

IMI-03-092

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO COM PADRÃO DE "TOMBSTONE"

Raquel Sousa, Bárbara Pedro, Ricardo Miranda, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO FONSECA

Doente de 38 anos admitido por precordialgia com supradesnivelamento de ST em I, aVL e de V2 - V6 em padrão de "tombstone". Progrediu para paragem cardiorespiratória em fibrilação ventricular e foi submetido a coronarografia sob balão intra-aórtico, com descendente anterior (DA) com oclusão osteal. Este padrão observa-se em V2-3 com ausência de onda R, com supra desnivelamento do ponto J >5mm e fusão com onda T e está associado a pior prognóstico que os restantes enfartes com supra de ST.

MEDICINA GERIÁTRICA LCD #3 SALA ATRIO

IMI-03-093

IATROGENIA A PEDRA DA CALÇADA NO CAMINHO DO MÉDICO: A PRÓPOSITO DE UM CASO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR

Sofia Monteiro, Tiago Fernandes, Catarina Silva, Cristina Rodrigues, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

Mulher, 88 anos, hipocoagulada e antiagregada por cardiopatia isquémica e FA. Admitida por insuficiência cardíaca descompensada e expectoração hemoptóica. Radiografia tórax com infilitrado difuso bilateral, TC com derrame pleural e aumento de densidade em pedra da calçada nos lobos superiores. INR 25.3 e trombocitopenia (62000/uL). Hemorragia alveolar por ingestão medicamentosa inadequada. A decisão de anticoagulação no idoso é complexa, devendo ser ponderados riscos-benefícios.

IMI-03-094

LINGUA VILLOSA NIGRA

Filipa Sousa, Margarida Cruz, Ana Rafaela Araújo, Gorete Jesus
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO

Mulher de 88 anos, com antecedentes de demência vascular. Medicada com quetiapina, trazodona, lorazepam e ciamemazina. Apresentava língua com papilas filiformes de coloração negra e acastanhada. Trata-se de hipertrofia reativa e alteração da descamação das papilas da língua. Cursa com disgeusia e halitose e associa-se ao uso de psicotrópicos, antibióticos, tabaco, álcool, desidratação e má higiene oral. O tratamento consiste na correção de desencandeantes e agentes descamativos como retinóides.

OUTROS LCD #3 SALA ATRIO

IMI-03-095

EXTERIORIZAÇÃO DE SHUNT VENTRÍCULO-PERITONEAL

Catarina Carvalho, Francisco das Neves Coelho, Alexandra Albuquerque, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

Trata-se de uma doente do sexo feminino, 83 anos, internada com hipótese diagnóstica de hérnia encarcerada. Dos antecedentes destaca-se cirurgia em 1999 a quisto aracnoideu com colocação de shunt ventrículo-peritoneal. Realizou tomografia computorizada (TC) abdominal e pélvica onde se constatou na parede abdominal direita colecção líquida com cerca de 10 cm com porção terminal do shunt ventrículo-peritoneal no seu interior, sem outras alterações. Trata-se de um shunt exteriorizado.

IMI-03-096

ICTIOSE ADQUIRIDA: UM SINAL DE ALERTA

Ana Patrícia Gomes, Pedro Lito, Dídia Lages, Eduardo Carvalho, Joana Cardoso, Carlos Lino, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A ictiose adquirida(IA) consiste no aparecimento de lesões geométricas pigmentadas descamativas e pruriginosas, afectando os membros, face e couro cabeludo, poupando as dobras dos joelhos e cotovelos.Pode aparecer no contexto neoplásico (Linfoma de Hodgkin, Sarcoma de Kaposi ou carcinomas viscerais), de infecção (VIH, lepra, tuberculose) ou subjacente a doença auto-imune. A imagem corresponde a IA, que surgiu 5 meses antes do diagnóstico de Esclerodermia Sistémica numa mulher de 79 anos.

IMI-03-097

ACE-INHIBITOR INDUCED ANGIOEDEMA

João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, Rafael Nascimento, Lino Nóbrega, Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SESARAM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A 76-year-old female patient presented with a swollen upper lip, throat tightness and occasional dry cough after initiating perindopril during her admission. ACE-inhibitor induced angioedema was then suspected and the drug suspended. The overall incidence of angioedema related to ACE-inhibitors has been estimated between 0.1 and 0.7%, mainly due to the accumulation of bradykinin. Although individual risk is low, their wide prescription makes them the leading cause of drug-induced angioedema.

IMI-03-098

BRONCOGRAFIA ACIDENTAL

Miguel Morgado, Amanda Rey, Helena Vilaça, Anabela Brito, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araujo, Manuel Barbosa, Lourdes Vilarinho, Ana Paula Brandão
UNIDADE LOCAL SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Sexo masculino, 44 anos, antecedentes de tabagismo e alcoolismo. Internado inicialmente no serviço de Medicina por pneumonia, foi observada existência de disfagia para sólidos. Durante o estudo da disfagia realizou trânsito esofágico com bário. Durante a fase de deglutição, observaram-se alterações dinâmicas permitindo passagem do contraste para as vias aéreas. Como resultado uma Imagem semelhante a uma broncografia. Acabando por ser diagnosticada polimiosite.

IMI-03-099

SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL NUMA MULHER JOVEM

Isabel Silva, Ana Knoch, Olinda Caetano, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A síndrome de Melkersson-Rosenthal é uma doença rara de etiologia desconhecida que afecta cerca de 0,08% da população e é caracterizada por edema orofacial, língua fissurada e paralisia facial periférica recorrente (tríade completa). É frequentemente crónica e a terapêutica limitada. Mulher de 44 anos com síndrome de Melkersson-Rosenthal já submetida a corticoterapia e anticorpo monoclonal (infliximab), com recidivas frequentes, e actualmente orientada para correcção por Cirurgia Plástica.

IMI-03-100

HEMATOMAS ABDOMINAL E RETROPERITONEAL - A NÃO ESQUECER

Cristiano Silva Cruz, Catarina Cardoso, Valentina Tosatto, Vânia Caldeira, Paula Nascimento, Catarina Machado, Zsofia Vesza, Matteo Boattini, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL SANTA MARTA, SERVIÇO MEDICINA 4

Duas mulheres de 59 e 76 anos sob enoxaparina devido, respetivamente, a fibrilhação auricular e tromboembolismo pulmonar. Durante o internamento desenvolveram hematomas da parede abdominal e retroperitoneu, com choque hipovolémico, a motivar admissão em unidade de cuidados intensivos. O primeiro caso evoluiu favoravelmente após drenagem cirúrgica, ao passo que o segundo culminou com falência multiorgânica e morte. Servem estes casos para recordar as complicações associadas a esta terapêutica.

IMI-03-101

EXTENSA CALCIFICAÇÃO - ETIOLOGIA INCOMUM?

Inês Henriques Ferreira, Rita Dias, Raquel Faria
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Os autores apresentam a imagem disposta pela sua invulgaridade e ilusão de

ótica criada pelas duas dimensões do Raio X. Trata-se de uma extensa calcificação no local de administração de mais de 90 injeções intramusculares de sulfato de antimónio para tratamento de Leishmaniose visceral recidivante durante as décadas de 80/90. Atualmente doente com sarcoidose com atingimento torácico tipo II, articular, cardíaco e hepático sob corticoterapia. A imagem foi um achado decorrente do estudo.

IMI-03-102

STEVENS-JONHSON SECUNDARIO AO ALOPURINOL

Lilian Sousa, Catarina Faria, Juliana Silva, João Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ. SERVIÇO DE MEDICINA II

Homem de 90 anos, medicado com alopurinol, iniciou lesões cutâneas na região cervical e face, com exsudação associada, tal como eritema das conjuntivas com secreção abundante e ainda erosões da mucosa labial com crostas hemorrágicas. Apresentava também máculas eritematosas na face anterior do tórax. Foi diagnosticado Síndrome de Stevens-Johnson secundário ao alopurinol e iniciado tratamento com Prednisolona e ácido fusídico. A evolução clínica foi desfavorável, acabando o doente por falecer.

IMI-03-103

A HALTEROFILIA DO ALCOÓLICO

Miguel Oliva Teles, Pedro Ribeiro Santos, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ (CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL)

Homem de 62 anos, com antecedentes de etanolismo crónico (ingestão superior a 300g/dia), internado por hemorragia digestiva alta. Apresentava tumefações moles e indolores nas regiões do pescoço, tronco superior e ombros (fotografia). Na tomografia computorizada correspondiam a depósitos de gordura não capsulada característicos da doença de Madelung (ou lipomatose simétrica benigna), doença rara de etiologia desconhecida mas com forte associação ao sexo masculino e história de etanolismo marcado.

IMI-03-104

RETENÇÃO URINÁRIA DE 10 LITROS DE URINA

Filipa Ferreira, Ana Rita Santos, Ana João Pissarra, Joana Graça, Patrícia Vicente, Catarina Brízido, Margarida Gil, Rita Calça, Ana Pedroso, António Carvalho, Luís Campos
SERVIÇO MEDICINA INTERNA - UNIDADE FUNCIONAL IV - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Homem, 77 anos, sem seguimento médico, trazido ao Serviço de Urgência por prostração e cansaço com 5 meses de evolução e agravamento recente com total perda de autonomia. Ao exame objectivo: sem queixas, abdómen muito distendido e indolor; massa de consistência homogénea, dura e de grandes dimensões que ocupava todo o abdómen. Por aparente bexigoma em radiografia abdominal, o doente foi algaliado com saída de 10.000 mL de urina muito concentrada. Diagnóstico de Hiperplasia benigna na próstata.

OUTROS LCD #3 SALA ATRIO

IMI-03-105

UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Ana Corte-Real, Ana Gaspar, Sara Vilas-Boas, Pedro Lopes
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO DA FONSECA EPE

A trombose venosa profunda (TVP) está associada a elevada morbilidade e mortalidade. Apresenta-se o caso de um homem de 26 anos, sem antecedentes pessoais ou factores de risco, com TVP da ilíaca esquerda. O estudo das trombofilias foi negativo. A TC identificou agenésia da veia cava inferior (AVCI). A AVCI é uma malformação congénita cuja incidência é de 0.0005-1%. Manifesta-se com insuficiência venosa crónica ou TVP. Estima-se que esteja presente em cerca de 5% das TVP em jovens (<30 anos).

IMI-03-106

TOXIDERMIA TARDIA POR ALOPURINOL

Catarina Carvalho, Francisco das Neves Coelho, Alexandra Albuquerque, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

Doente do sexo masculino 65 anos, com antecedentes de hiperuricemia, medicado com alopurinol desde há vários anos. Admitido em internamento por exantema descamativo e pruriginoso da face e mãos (incluindo face palmar) com 3 semanas de evolução. Teve alta com diagnóstico de toxidermia tardia por alopurinol, comum na utilização deste fármaco. Foram excluídas outras causas, como reacções adversas a outros fármacos e alergias. Melhoria significativa com corticoterapia.

IMI-03-107

DIETA COM ÁCIDOS GORDOS DE CADEIA MÉDIA NO TRATAMENTO DE QUILOTÓRAX.

Flávio Costa, João Fonseca, José Bernardes Correia, Manuel Teixeira Veríssimo
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Homem de 69 anos, internado por quilotórax com 2 meses de evolução. Realizadas drenagens controladas (1000 cc/dia) e dieta com ácidos gordos cadeia média com melhoria sintomática. Nesta imagem pretende-se demonstrar a evolução do líquido pleural antes e após dieta com ácidos gordos de cadeia média, durante 2 meses. Na figura A: aspecto leitoso com níveis de triglicerídeos (TG) no líquido de 770mg/dL. Na figura B: líquido pleural após dieta. TG: 46mg/dL.

IMI-03-108

COMO VÃO SAIR DE AÍ?

Valentina Tosatto, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, Carina Silva, Matteo Boattini, Zsófia Vesza, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - MEDICINA 4

Homem de 85 anos, previamente autónomo, com factores de risco cardiovascular, fibrilhação auricular, hiperplasia benigna da próstata, nefrectomia esquerda em 1997 por tumor de Gravitz. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor lombar, sem alterações analíticas relvantes, com TC abdomino-pélvica evidenciando volumosa litíase vesical cálcica múltipla, sem hidronefrose à direita. Submetido electivamente a cistostomia suprapúbica.

IMI-03-109

CAUSA RARA DE DOR TORÁCICA NO ADULTO JOVEM

Renata Silva, Isabel Militão, José Presa
CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Sexo masculino, 35 anos, sem antecedentes de relevo. Admitido no Serviço de Urgência por dor torácica direita de características pleuríticas, sem outros sintomas acompanhantes. Efetuou telerradiografia do tórax que mostrou massa arredondada para-cardíaca direita. A tomografia computorizada mostrou lesão expansiva mediastínica direita, com áreas de gordura macroscópica, em relação com teratoma mediastínico. Chama-se a atenção para uma causa infrequente de dor torácica no adulto jovem.

IMI-03-110

SÍNDROME DE LIGAMENTO ARQUEADO – A CAUSA DE ENFARTE ESPLÉNICO

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Homem, 81 anos, antecedentes de insuficiência cardíaca de etiologia hipertensiva e fibrilhação auricular. Por desconforto abdominal, realizado TC

abdominal que mostrou lesão suspeita de enfarte esplénico e achados compatíveis com síndrome de ligamento arqueado mediano (estenose proximal do tronco celíaco e dilatação aneurismática pós-estenótica), com dissecção da íntima do saco aneurismático que pode ter sido a fonte do êmbolo para o parênquima esplénico.

IMI-03-111

HERNIA GRYNFELT - HÉRNIA LOMBAR RARA

karin Luz, Catarina Cardoso,Sara castelo branco, Nelia Marques, Rita Barata Moura
HOSPITAL DE SANTA MARTA, SERVIÇO DE MEDICINA

Homem de 55 anos,com habitos toxicofilicos, recorre ao serviço de urgência por tumefação na regiao lombar direita,que aumenta de volume com a tosse.Realizou ecografia das partes moles que mostrou lesão nodular de ecogenicidade compativel com conteúdo lipomatoso,adjacente a um orificio de continuidade do plano muscular com 11x10mm.Foi referenciado a consulta de cirurgia e submetido á correção da hernia.O obectivo é chamar atenção para os diagnósticos diferenciais e possiveis complicações.

IMI-03-112

POR DETRÁS DE MÚLTIPLAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS...

Nicole Pestana, Carolina Aguiar, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, João Adriano Sousa, Rita Rodrigues, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 79 anos, antecedentes de pneumonias recorrentes. Admitida por insuficiência respiratória tipo 2. A radiografia torácica mostrava opacidade heterogénea na metade inferior do hemitoráx esquerdo. O trânsito gastroduodenal revelou uma elevação da hemicúpula diafragmática esquerda com eventração do estômago e ansas do cólon. A tomografia toracoabdominal acrescentava desvio da aorta torácica para a direita. Apesar de rara, a hérnia diafragmática pode levar a complicações de emergência médica.

IMI-03-113

SÍNDROME DE KLIPPEL-TRÉNAUNAY-WEBER

Ana Filipa Matos, Ana palricas, Sofia Mendes, Adelaide Figueiredo, Juan Puentes, Márcia Pinto, Inês Pereira, Luís Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE

Homem, 46 anos, com Síndrome de Klippel-Trénaunay-Weber: varizes do escroto, varizes cólicas por angiomatose cólica, malformações venosas abdomino-pelvicas e hipoplasia do membro inferior direito. Angio-TAC: angiomatose difusa da parede e tecidos peri-cólicos do cólon rectossigmoide, extensa rede de veias de drenagem da gordura perirretal e do meso colón sigmoide e, numerosos flebólitos e estruturas vasculares anómalas na gordura subcutânea e profunda da região glútea direita.

IMI-03-114

PORFIRIA CUTÂNEA TARDA

Nelson Domingues, Pedro Ribeiro, António Monteiro
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Mulher de 60 anos com lesões cutâneas nas mãos, ulceradas e agravadas com a exposição solar (imagem 1). Do estudo analítico efetuado apresentava porfirinas urinárias aumentadas (17 vezes o limite superior da normalidade), sobrecarga férrica e estudo genético da Hemocromatose com o variante Cys282Tyr em heterozigotia (não podendo ser excluído o diagnóstico genético de Hemocromatose). Iniciou programa de flebotomias quinzenais durante 6 meses com cicatrização das lesões cutâneas (imagem 2).

IMI-03-115

IATROGENIA SÚBITA E GRAVE

André Valente, Isa Agudo, César Vieira, Ana Serrano, José António Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

Mulher, 72 anos, caucasiana. Internada por pneumonia hipoxemiante da comunidade com insuficiência respiratória global. Sob Enoxaparina em dose terapêutica por Fibrilhação Auricular Crónica. Ao 7º dia de internamento desenvolve hematoma espontâneo extenso da parede abdominal, com diminuição de 6 gr nos valores de hemoglobina, insuficiência renal aguda e perfil tensional hipotenso. Sem indicação para drenagem. Suspendeu anticoagulação e ficou em vigilancia. Reabsorção completa em 1 mês.

IMI-03-116

ECZEMA DE CRAQUELÉ

Filipa Pedro, Yahia Abuowda, Nuno Craveiro, Ana Alves Oliveira, Marta Valentim, Laura Moreira, Rita Nascimento, Cristina Santos
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - MEDICINA III

Eczema de craquelé carateriza-se pelo aparecimento na pele de placas delimitadas por fissuras superficiais eritematosas, descamativas e pruriginosas. Deve-se a desidratação das camadas superficiais da pele, que perde elasticidade e leva à sua rutura. Trata-se de uma condição característica dos idosos. Afeta preferencialmente as extremidades e ocorre com mais frequência no Inverno. A terapêutica consiste no uso de agentes hidratantes e na evicção de situações que agravem a desidratação cutânea.

IMI-03-117

DOENÇA DE DARIER

Margarida Oliveira, Marta Pereira, Ana Lisa Lima, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Mulher de 47 anos, antecedente de trombose dos seios venosos cerebrais e tetraparésia espástica sequelar, cronicamente alectuada. Apresentava eritema exsudativo generalizado de longa data, com predomínio no tronco e membros superiores, com erosões e fissuras e odor característico. Mãe e irmão com lesões semelhantes. Diagnóstico clínico confirmado por biópsia de Doença de Darier, uma doença rara, autossómica dominante, cujo tratamento inclui corticosteróides tópicos e retinóides tópicos e orais.

IMI-03-118

A MULHER DRAGÃO

Ana Abreu Nunes, João Pinto Machado, Joana Silva Marques, João Ribeiro, Sofia Martins, Nuno Monteiro, Marta Mós, Luis Costa Matos, Eurico Oliveira, João Carlos Alexandre, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU

Doente do sexo feminino, com 82 anos. Internada por pneumonia da comunidade. Medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Melhoria do quadro respiratório. Ao exame objetivo apresentava edema dos membros inferiores, com sinais de insuficiência venosa. À esquerda apresentava linfangite com lipodermoesclerose e elefantíase com exsudato. Observada por dermatologia que prescreveu lavagem com permanganato de potássio.

IMI-03-119

PSEUDOPNEUMOPERITONEU - SÍNDROME DE CHILAIDITI

Carlos Pinhão Ramalheira, Sara Almeida, Filipa Gomes, Rita Dutschmann
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA I

O síndrome de Chilaiditi é uma condição rara que resulta da interposição de uma ansa intestinal entre o diafragma e o fígado. Geralmente é assintomática e apenas perceptível através da percussão timpanica sobre a área hepática - sinal de Chilaiditi. Este doente de 82 anos foi trazido por prostração, dispneia e um

quadro suboclusivo de etiologia a esclarecer. Apresentava desconforto abdominal mas sem dor à palpação. Identificou-se timpanismo na área de percussão hepática.

IMI-03-120

BEZOARES

Teresa Vilaça Santos, Inês Antunes, Ana Costa, Ivone Barracha e Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRAS

Doente internado por anemia grave. Primeira endoscopia digestiva alta (EDA) revelou três bezoares gástricos (imagem 1 e 2). Durante o internamento repetiu EDA com intuito de fragmentação dos bezoares tendo-se conseguido retirar vários fragmentos (imagem 3). Teve alta após remoção do resto dos bezoares (imagem 4) com indicação para moderar o consumo de dióspiros, que se admitiu serem responsáveis pelo quadro.

IMI-03-121

FILIGRANA TATUADA?

Ana Margarida Peixoto, Fernando Correia, Ana Sofia Matos, João Andrade, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO-SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1

Lesões cutâneas ramificadas, em forma de franja, são conhecidas como flores de Lichtenberg, queimaduras filigrana ou queimaduras arborescentes. Estas lesões superficiais resultam do efeito "flashover" do relâmpago que ocorre quando a corrente se desloca sobre a superfície da pele e é rapidamente libertada para o solo. Estas lesões desvanecem em poucas horas e são patognomónicas das lesões provocadas por relâmpago.

IMI-03-122

ANISOCORIA TOXICA POR PLANTA – BRUGMANSIA SUAVEOLENS

Hélio Martins, Emília Lopes, Ana Novo, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA GUIOMARÃES - MEDICINA INTERNA

Mulher, 50 anos, autónoma com antecedente de hipertensão arterial. Dirige-se ao serviço de urgência por diplopia e visão turva com 2h de evolução. O exame objetivo mostrava apenas anisocoria com pupila direita>esquerda, não fotorreativa, com reflexo motor consensual preservado. Admite contacto com planta Brugmansia suaveolens – produtora de escopolamina e atropina. Realizado teste com Pilocarpina 1% com manutenção de anisocoria pelo que se admitiu anisocoria tóxica. Ao 8º dia resolução completa.

POSTERES

SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #1

MODERADOR: SORAIA OLIVEIRA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO-01-41

CO-INFECÇÕES NO DOENTE VIH: LEISHMA-NIOSE VISCERAL E CRIPTOSPORIDIOSE

Tiago Serra, Raquel Silva, Miguel Guia, Teresa Branco, Fernanda Paixão Duarte, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA-SERVIÇO DE MEDICINA II

A Leishmaniose visceral é uma infecção endémica em Portugal, considerada uma doença oportunista na infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH). Atendendo a que a Leishmaniose é considerada a segunda mais importante doença causada por protozoários e uma das mais negligenciadas, deve ser incluída no diagnóstico diferencial do doente VIH. Apresenta-se um homem natural de São Tomé e Príncipe e residente em Portugal desde 1981. Diagnosticada infecção VIH/SIDA estadio CDC C3 em 2006 no contexto de tuberculose miliar. Iniciada terapêutica antiretroviral (TARVc) com Abacavir/Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir, carga viral indetectável após 02/2012 persistindo no entanto CD4+ entre os 17 e 23%. Internado em 06/2015 por pneumonia da comunidade. Documentada lesão nodular do 2º dedo da mão direita submetida a excisão cujo resultado histológico foi compatível com o diagnóstico de Leishmania. Tinha esplenomegalia e pancitopenia (Hb 6.9 g/dL, leucocitos 2900/L e plaquetas 76.000/L). A tomografia abdominal confirmou esplenomegalia (14 cm). No aspirado medular observaram-se amastigotas que confirmaram o diagnóstico de Leishmania visceral. Efectuada terapêutica com Anfotericina B lipossómica com melhoria da pancitopenia (Hb 12.8 g/dL, leucocitos 4800/L e plaquetas 125.000/L) e dos CD4+ (27%). Destacam-se ainda episódios de diarreia intermitente com meses de evolução pelo que realizou colonoscopia com biópsia a revelar colite infecciosa por Criptosporidium. Neste contexto efectuada terapêutica com Azitromicina e Paramomicina com normalização do trânsito intestinal. Neste caso destaca-se a importância da Leishmania e da Criptosporidiose enquanto doenças indolentes e subclínicas a motivar a imunodepressão persistente no doente VIH sob TARVc com supressão viral. Embora muitas vezes se assista a recidiva da doença parasitária, neste caso a terapêutica permitiu a melhoria do status imunológico e analítico do doente.

PO-01-42

TUBERCULOMA CEREBRAL EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Mariana Gonçalves, Ana Catarina Teixeira, Ana Moura, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

INTRODUÇÃO: A Tuberculose (TB) é uma doença multisistémica com diversas formas de apresentação, sendo a causa mais comum de mortalidade por doença infeciosa a nível mundial. O pulmão é o órgão mais afetado, correspondendo a infecção extrapulmonar a apenas 1/5 dos casos, mais frequentemente em doentes imunodeprimidos. O atingimento do Sistema Nervoso Central (SNC) ocorre em 1% dos casos.CASO CLÍNICO: Mulher, 78 anos, que recorreu ao serviço de urgência por quadro confusional, disartria e alterações da marcha com um dia de evolução e perda ponderal recente de cerca de 3Kg. Analiticamente com hiponatrémia ligeira, sem outras alterações. A tomografia computarizada crâneo-encefálica (TC-CE) evidenciou formação expansiva a nível do hemisfério cerebeloso direito. Foi internada com diagnóstico provisório de metastização cerebral de tumor primário desconhecido. Realizou TC tóraco-abdómino-pélvica e tomografia de emissão de positrões (PET) que não evidenciaram outras alterações. As serologias do sangue periférico e do líquido cefalo-raquideo (LCR) foram positivas para infeção por Borrelia burgdorferi, tendo-se iniciado antibioterapia com ceftriaxone. Por manter degradação do estado geral e haver agravamento da hidrocefalia fez-se derivação ventricular externa. Apesar das medidas instituídas acabou por falecer. O teste confirmatório da serologia de Borrelia burgdorferi foi negativo, e a cultura do LCR foi positiva para Mycobacterium tuberculosis complex, compatível com as alterações imagiológicas presentes na ressonância magnética cerebral, confirmando assim o diagnóstico de tuberculoma cerebral.CONCLUSÃO: Destaca-se a raridade deste caso e a importância do isolamento do Mycobacterium tuberculosis para o seu diagnóstico definitivo, impossível de fazer apenas com métodos imagiológicos. Suspeitando-se do diagnóstico deve ser iniciada terapêutica antituberculosa, atendendo à elevada taxa de mortalidade associada.

PO-01-43

OSTEOMIELITE - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Cláudia Tátá, Claudiu Guz, Nelson Cardoso, Vasco Neves, Ana Bernardo, João Barata, Susana Escária, Renato Cunha, Rui Matono, Conceição Barata
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO ÉVORA - E.P.E. SERVIÇO MEDICINA 2

Introdução: A osteomielite é uma infeção óssea frequentemente de origem bacteriana, que pode deixar graves sequelas e inclusive provocar a morte, pelo que o tratamento deve ser precoce. Caso clínico: Homem de 62 anos, com um quadro de paresia do membro inferior esquerdo e dor lombar. Foi observado em Neurologia e colocou-se a hipótese diagnóstica de mielite transversa. Realizou terapêutica com corticoides durante 5 dias, após a qual foi transferido para o serviço de Medicina Interna para continuação de cuidados. No segundo dia de internamento iniciou um quadro de febre e aumento dos parâmetros inflamatórios, sem foco infecioso evidente. Pelo quadro de dor lombar, febre e paresia do membro inferior esquerdo, sugestiva de osteomielite realizou uma cintigrafia óssea que confirmou este diagnóstico a nível da coluna dorsal. Iniciou antibioterapia empírica, que cumpriu durante 12 dias, com melhoria clínica e analítica progressiva. Teve alta com indicação para manter antibioterapia durante 6 semanas. Foi posteriormente reavaliado em consulta com resolução do quadro. Conclusão: Em qualquer doente com dor lombar, febre e clínica de afetação de raízes lombares deve excluir-se osteomielite vertebral, complicada com um abcesso epidural. O diagnóstico baseia-se na clínica já que as radiografias demoram demasiado tempo a mostrar sinais de lesão. A ressonância magnética e a cintigrafia óssea identificam alterações de forma mais precoce.

PO-01-44

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Patrícia Pereira, Joana Martins, Pedro Beirão, Margarida Coelho
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO MEDICINA III

Introdução: A tuberculose é uma doença multissistémica causada pelo Mycobacterium tuberculosis. A tuberculose pulmonar é a apresentação mais frequente, no entanto o envolvimento extrapulmonar pode ocorrer em 10-20% dos casos. Caso clínico: Mulher, 76 anos, com história de adenocarcinoma da cabeça do pâncreas (T2NxR0) diagnosticado em outubro de 2013 e submetida a duodenopancreatectomia total, colecistectomia e esplenectomia. Efetuou 1 ciclo de quimioterapia interrompida por reação adversa. Em maio de 2015 realizou TAC torácica onde se destacou lesão de partes moles da parede dorsal posterior direita e paravertebral no plano do 1º/2º arco intercostal, relacionada com provável lesão secundária. A biopsia guiada evidenciou extenso infiltrado linfohistiocitário, sem identificação de tecido neoplásico e exame microbiológico negativo. Assumida provável metástase óssea com liquido estéril e biopsia inconclusiva. Admitida pela urgência em agosto de 2015 por tumefação na região da omoplata esquerda, em drenagem espontânea, com 1 mês de evolução. Fez colheita de material purulento para exame microbiológico. A RMN da coluna dorsal confirmou volumosa massa retro e paravertebral direita em D2/D3 e D4/D5 com destruição óssea e fratura patológica do 2º e 3º arcos costais direitos e componente paramediano direito de C1 a D7 com envolvimento muscular e do tecido subcutâneo, com conteúdo não purulento. Ao 19º dia de internamento verificado isolamento de Mycobacterium tuberculosis no pus, tendo iniciado terapêutica antibacilar quadrupla, com boa evolução, mantendo seguimento no CDP. Conclusão: O diagnóstico da tuberculose continua a ser um desafio devido a ser um grande mimetizador. Assim sendo, uma avaliação criteriosa e grau de suspeição, são fundamentais, para um diagnóstico e tratamento atempados.

PO-01-55

ENDOCARDITE INFECIOSA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Joana Freitas, Susana Amaral, Pedro Souteiro, Clara Gomes, Ivone Meirinho.
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

Introdução: Os bacilos negativos ao gram são responsáveis por apenas 1% dos casos de endocardite infeciosa (EI) de válvula nativa. As válvulas protésicas são mais sujeitas a infeção no pós-operatório inicial. O diagnóstico de EI é estabelecido pelos critérios de Duke modificados. Caso clínico: Mulher de 69 anos, prótese biológica aórtica desde 2011 por estenose grave. Pielonefrite aguda a E.coli a 06/04/15 medicada com ciprofloxacina, posteriormente alterada para amoxicilina/ácido clavulânico por toxicidade ocular. A 19/04 foi à urgência por toracalgia, hipersodurese e náuseas desde há 3h, sem outras queixas. Taur 39 ºC, FC 100 bpm, PA 103/56 mmHg, sopro sistólico aórtico grau III/VI, sem outras alterações no exame físico. Analiticamente Hb13,2g/dL, leucócitos 21360/uL (N 92,7%), PCR 143 mg/L, BNP 159 pg/mL, coagulação, função renal e marcadores de necrose miocárdica bem. Sem insuficiência respiratória. Lactatos 1.64. ECG: ritmo sinusal, infra dST na parede inferior; urina sem alterações; radiografia tórax: reforço hilar direito; ecografia abdominal e renal sem alterações. Internada por provável urosséPsis. Isolada novamente E.Coli em hemoculturas (HC) a 21/04, tendo iniciado ceftriaxone de acordo com o perfil de sensibilidades. Por se manter subfebril fez ecocardiograma transesofágico (ECO TE) a 24/04: volumosa vegetação filiforme valvular mitral e provável abcesso periprotésico drenado. Com mancha de roth na retina direita. Fez 25 dias de gentamicina (suspensa por lesão renal aguda) e 6 semanas de ceftriaxone endovenosos (ev). Desde 01/05 em apirexia sustentada, marcadores inflamatórios a descer e negativização das HC. Novo ECO TE a 14/05: diminuição franca da vegetação. Alta a 25/05 para consulta de cirurgia cardiotorácica. Conclusão: A EI é uma condição que implica início rápido de antibioterapia ev bactericida e por período prolongado. Devemos sempre levantar a hipótese de EI perante doentes com febre (com ou sem bacteriemia) e/ou fatores de risco conhecidos.

SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #1

MODERADOR: JORGE FORTUNA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

PO-01-01

PARALISIA HIPOCALIÉMICA POR ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL SECUNDÁRIA A SÍNDROME DE SJÖGREN

Pedro Fortes, Stella Cortes Verdasca, Domingas Pereira, Patrícia Marujo, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

As manifestações extra-glandulares da síndrome de Sjögren (SS) são provavelmente subdiagnosticadas e alguns estudos sugerem que até 70% dos doentes têm algum grau de envolvimento renal, embora frequentemente assintomático. Uma das manifestações renais da SS é a acidose tubular renal (ATR) distal, quase sempre bem tolerada mas que pode cursar com hipocaliémia importante. Descreve-se o caso de uma doente de 73 anos, com antecedentes de colite ulcerosa controlada e SS primária, previamente medicada com prednisolona e pilocarpina, observada no SU por quadro de tetraparésia episódica e astenia acentuada, com cerca de duas semanas de evolução. A doente abandonara a terapêutica no ano anterior por iniciativa própria, por resolução da síndrome sicca. Da avaliação diagnóstica efectuada, apuraram-se hipocaliémia grave (1.4mmol/L), hipomagnesémia (1.3mg/dl), acidose metabólica ligeira com anion gap normal e ECG com bradicardia e ondas U proeminentes. Foi iniciada correcção iónica e do bicarbonato e a doente foi internada para esclarecimento diagnóstico, sob suspeita de tubulopatia associada a SS. Dos exames efectuados, a destacar: pH urinário 6.5; hipercaliúria 180mEq/24h; anion gap urinário positivo; microlitíase renal bilateral; serologias de hepatites víricas normais; função tiroideia sem alterações. Pela ausência de critérios de lesão renal aguda, não foi efectuada biópsia renal e assumiu-se ATR distal secundária à SS. Houve franca melhoria clínica e analítica com a correcção electrolítica e prednisolona e a doente teve alta com indicação para suplementação oral de potássio / bicarbonato e corticoterapia. Pretende-se alertar para a progressão da SS extra-glandular mesmo após melhoria da sintomatologia sicca, podendo, no caso de ATR distal, culminar num quadro de hipocaliémia grave e potencialmente fatal. Neste caso, terá tido um papel importante a suspensão da corticoterapia, permitindo a progressão da provável nefrite túbulo-intersticial auto-imune subjacente.

PO-01-32

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SARCOIDOSE

Ana Rita Lopes, Alzira Nunes, Márcio Ferreira, Manuela Sousa, Paulo Bettencourt
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO (CHSJ) – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E DE NEFROLOGIA

Introdução: A sarcoidose é uma doença multisistémica de etiologia desconhecida e caracterizada pela presença de granulomas não caseosos, estando descrita uma incidência de 5% para o envolvimento cardíaco. Caso Clínico: Homem de 39 anos, com antecedentes de psoríase e sem fatores de risco cardiovasculares, é internado por quadro clínico de insuficiência cardíaca (IC). Na admissão, apresentava dispneia para pequenos esforços, edemas periféricos, taquicardia sinusal, peptídeo natriurético tipo B 1286,3 pg/mL, troponina I 0,010 ng/mL, proteína C reactiva 73,4 mg/L e radiografia torácica com cardiomegalia e infiltrado intersticial bilateral. Ecocardiograma transtorácico evidenciou função ventricular severamente deprimida de forma global, com fração de ejeção (FE) de 26%, associada a dilatação ligeira das cavidades esquerdas e hipertrabeculação a nível dos segmentos apical, septal, lateral e inferior, com pressão sistólica da artéria pulmonar estimada de 62 mmHg e derrame pericárdico mínimo. Tomografia computadorizada toracoabdominal com múltiplas opacidades micronodulares no parênquima pulmonar, opacidades em vidro despolido e alguns gânglios mediastínicos globosos infracentimétricos, fígado nodular e nódulos esplénicos. O diagnóstico de sarcoidose foi feito por broncofibroscopia, com descrição de granulomas epitelioides sem necrose em biópsia brônquica e o envolvimento cardíaco foi confirmado por ressonância magnética cardíaca, com um padrão de realce tardio de contraste sugestivo de miocardiopatia infiltrativa. Iniciou corticoterapia associada a terapêutica modificadora do prognóstico da IC, verificando-se uma evolução clínica favorável, com recuperação da FE para 47% aos 3 meses de seguimento. Conclusão: Este caso clínico descreve uma apresentação atípica de sarcoidose, dada a baixa incidência do envolvimento cardíaco e salienta a importância deste diagnóstico diferencial na abordagem etiológica da insuficiência cardíaca em indivíduos jovens e previamente saudáveis.

PO-01-38

VASCULITE ASSOCIADA A PARVOVÍRUS

Sofia Pinto Correia, Albina Moreira, Pedro Cubelo Pereira, Ana Costa, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

A infecção pelo vírus humano Parvovírus B19 pode cursar num largo espectro de síndromes clínicas cuja apresentação depende da idade e do estado clínico prévio. A infecção por Parvovírus B19 em adultos tipicamente apresenta-se como uma síndrome gripal ligeira, com ou sem rash maculopapular difuso. À apresentação podem estar presentes poliartralgias periféricas transitórias, que excepcionalmente progridem para artrite de evolução prolongada. Pode ainda cursar com rash purpúrico, que geralmente resolve espontaneamente no espaço de 1-3 semanas. Apresenta-se o caso de uma senhora de 51 anos sem antecedentes de relevo, com quadro com 24 horas de evolução de poliartralgias simétricas periféricas com edema, calor e rubor associado, temperatura sub-febril e aparecimento súbito de rash maculopapular. Posteriormente com lesões petequiais não dolorosas e não pruriginosas, envolvendo a região toracoabdominal, membros inferiores e superiores. Analiticamente com aumento discreto dos parâmetros infamatórios, sem anemia ou trombocitopenia, hipocomplementemia (défice isolado de C4) sem outras alterações do estudo

imunológico. Detectada positividade para o anticorpo anti-parvovírus IgM, tendo sindo excluido atingimento renal ou pulmonar. Assim, assumido diagnóstico de vasculite cutânea de pequenos vasos sem envolvimento de outros orgãos, manifestada por púrpura não trombocitopénica e poliartrite. Teve boa resposta à terapêutica sintomática com resolução das lesões purpúricas, mantendo poliartralgias durante 4 meses. A infecção por Parvovírus B19 tem sido associada a vasculite com base na evidência serológica de infecção aguda, e o seu tratamento é conservador. Com este caso clínico os autores pretendem ilustrar a importância de excluir uma possível etiologia vírica, nomeadamente Parvovírus, num quadro de vasculite cutânea associada a poliartrite.

SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #1

MODERADOR: DEOLINDA PORTELINHA

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

PO-01-39

ENCEFALOPATIA HASHIMOTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Halyna Fishchuk, José Sousa, Nuno Bernardino Vieira, Maria José Grade, Luísa Arez
SERVIÇO DE MEDICINA 4, UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

INTRODUÇÃO: A Encefalopatia de Hashimoto (EH) é uma rara síndrome associada à tiroidite de Hashimoto. Caracteriza-se por um início subagudo de confusão com alteração do nível de consciência, convulsões e mioclonias. CASO CLÍNICO: Mulher, 68anos de idade com história conhecida de Hipotiroidismo, Diabetes tipo 2, e Duodenopancreatectomia em 2001 por neoplasia maligna da ampola de Vater. Iniciou em 2014 quadro de desorientação e confusão, acompanhados de cefaleia fronto-temporal, náuseas e vómitos, e episódio de perda de conhecimento com incontinência urinária e fecal. Desde Outubro de 2015 os episódios tornaram-se mais frequentes acompanhando-se de febre. Admitida na sequência dum destes episódios com febre e síndrome confusional agudo. Analiticamente leucocitose com neutrofilia e PCR ligeiramente aumentada (15,9mg/L). TC-CE não revelou lesões agudas isquémicas ou hemorrágicas. Líquido cefalo-raquidiano (LCR) límpido e transparente, 0 células/mm3, com proteínas e glucose normais e exames microbiológicos negativos. Eutiroideia (a efectuar reposição), mas com anticorpos anti-tiroideus elevados. A Ressonância Magnética (RMN-CE) mostrou hipersinal da substancia branca cerebral peri-ventricular de predomínio frontal e varias hiperintensidades milimétricas na substancia branca cerebral. Electroencefalograma (EEG) revelou atividade paroxística temporal anterior esquerda. Foi colocada a hipótese diagnóstica de EH e iniciou corticoterapia sistémica com Prednisolona 1mg/kg com melhoria sintomática. CONCLUSÃO: O mecanismo da EH é desconhecido, não parecendo estar diretamente relacionado com disfunção tiroideia. Trata-se de uma Doença Auto-imune que se associa a títulos elevados de anticorpos anti-tiroideus. A RMN-CE, EEG, estudo do LCR e outros estudos laboratoriais são essenciais para excluir outras causas de encefalopatia, pois o diagnóstico é acima de tudo de exclusão.

PO-01-40

DOR ABDOMINAL COMO MANIFESTAÇÃO DE ARTERITE DE TAKAYASU

Ana Branco, Dídia Lages, Joana Cardoso, Dália Estêvão, Ana Sofia Teixeira, Margarida Oliveira, Artur Gama
SERVIÇO DE MEDICINA E SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

A arterite de Takayasu é uma rara vasculite de grandes vasos de etiologia desconhecida que afecta sobretudo mulheres jovens. A inflamação da parede dos vasos pode causar estreitamento, oclusão ou dilatação do lúmen arterial com diferentes graus de gravidade, com sintomas muito diversos. Uma jovem de 23 anos foi observada em consulta de Medicina Interna após vários episódios de urgência por dor abdominal de etiologia não esclarecida. Naquele contexto apresentava anemia normocítica normocrómica e elevação discreta e persistente dos parâmetros inflamatórios. Tinha sido observada por Urologia por suspeita de pielonefrite mantendo o quadro após antibioterapia pelo que realizou TC abdominal observando-se adenomegálias inter-cavo-aórticas, para-aórticas esquerdas e manga de tecidos moles envolvendo a porção distal da aorta abdominal. Referia hipertensão arterial de início recente e do exame objectivo salientava-se livedo reticular nos membros inferiores, sem assimetria de pulsos ou diferenças significativas na pressão arterial dos membros. A biopsia de adenomegália abdominal mostrou alterações reactivas. O restante estudo revelou aspectos de arterite no ecodoppler da aorta infrarrenal e artérias ilíacas comuns, confirmando-se o envolvimento destes segmentos na angioRM da aorta e seus ramos, com espessamento parietal e lúmen estreito, envolvendo o ostium da artéria mesentérica inferior. Na PET havia evidência de inflamação activa dos segmentos afectados. Assumido o diagnóstico de arterite de Takayasu tipo IV, iniciou corticoterapia sistémica com posterior normalização dos parâmetros inflamatórios e redução da espessura parietal em controlo por angioRM. O diagnóstico precoce da arterite de Takayasu representa um desafio difícil pela escassez e inespecificidade sintomática, contudo a instituição de terapêutica imunossupressora atempada é de importância fulcral para a melhoria prognóstica. Pela sua raridade não há consenso na melhor forma de acompanhar a actividade da doença.

SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #3

MODERADORES: MARIA RAMALLO

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO-03-41

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TUBERCULOSE E SCHWANNOMA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tiago Sepúlveda Santos, Cecília Melo Alvim, Cátia Felício, Igor Nunes, Sara Croca, Leonor Carvalho, João Coutinho
CHLN - HOSPITAL DE SANTA MARIA

Objectivos A tuberculose é uma doença com prevalência crescente nos últimos anos, sendo as formas pulmonares consideradas as mais frequentes, apesar de poder afectar qualquer outro órgão do organismo. No caso dos Schwannomas, tratam-se de tumores geralmente benignos com origem nas células de Schwann dos nervos cranianos e das vias nervosas espinhais, sendo os mais frequentes os vestibulares. Neste trabalho, pretende-se dar a conhecer o caso de uma doente com uma apresentação atípica de tuberculose e Schwannoma. Métodos Trata-se de um caso clínico de uma doente de 46 anos, com antecedentes de colecistectomia e tumorectomia da mama esquerda, na qual foi detectada uma lesão nodular hepática no segmento VIII em ecografia abdominal de rotina. Posteriormente, em RMN, constatou-se a presença de uma lesão gástrica no antro. Na endoscopia alta realizada foi objectivado tumor mesenquimatoso (provável GIST), tendo a doente sido submetida a ressecção gástrica em cunha e metastectomia hepática. Resultados A doente manteve quadro de astenia e anorexia no pós-operatório, com derrame pleural e febre persistente, sem evidência de foco infeccioso subjacente. Após exame histológico das peças operatórias, verificou-se que a lesão gástrica se tratava de um Schwannoma e a massa hepática um tuberculoma, com presença de bacilos ácido-álcool resistentes. Foram iniciados tuberculostáticos, com resolução do quadro de febre, anorexia e derrame pleural. Conclusões Conclui-se, por este caso que a tuberculose continua a ser uma doença com uma apresentação clínica muito variável, neste caso compatível com uma metástase de um tumor do estroma gastrointestinal. Para além disso, apesar dos Schwannomas serem na sua maioria vestibulares, podem surgir noutros territórios, neste caso simulando um GIST gástrico. Importa também alertar para a necessidade constante de um diagnóstico histológico para a decisão sobre a terapêutica a iniciar.

PO-03-42

MENINGITE POR PASTEURELLA: UMA CAUSA RARA, UM CONTEXTO FREQUENTE

Sara Castelo Branco, Sofia Monteiro, Sofia Jordão, Rute Morais Ferreira, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO MEDICINA INTERNA

A Pasteurella multocida é um cocobacilo gram negativo comensal da flora da nasofaringe e tracto gastrointestinal dos animais. No entanto, este agente pode. ser responsável por infecções no ser humano, principalmente em crianças e doentes imunodeprimidos. A meningite é uma forma de apresentação rara, sendo descrito um pico de incidência bimodal nos extremos de idade. A maioria das infecções por Pasteurella multocida estão descritas após mordedura de animais domésticos mas o principal factor de risco que tem vindo a ser identificado em casos publicados é o simples contacto com os mesmos. Apresenta-se o caso de um doente de 20 anos com antecedentes de sinusite crónica e contacto regular com cães em ambiente rural. Recorre ao Serviço de Urgência com quadro de três dias de evolução de febre e cefaleia frontal esquerda, pulsátil, associada a vómitos e fonofobia. Ao exame objectivo de realçar a presença de sinais meníngeos, sem outras alterações. Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios. A tomografia computorizada cerebral foi normal. Foi excluída patologia aguda por Otorrinolaringologia. O estudo de líquido cefalorraquidiano mostrou pleocitose (3940 células), com predomínio de polimorfonucleares (89%), proteinorráquia (205 mg/dL), sem consumo de glicose e sem isolamento de agente no exame cultural. Nas hemoculturas foi possível isolamento de Pasteurella multocida multissensível pelo que foi assumido como agente de meningite. O doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e analítico após 14 dias de antibioterapia com Ceftriaxone em dose meníngea. O caso clínico apresentado, para além de uma etiologia rara de meningite, alerta-nos para a valorização do contexto epidemiológico. A infecção por Pasteurella multocida deve ser lembrada nas meningites bacterianas e a exposição aos animais domésticos considerada pelos clínicos, mesmo na ausência de mordedura

PO-03-43

UM CASO SUIS GENERIS DE SEPTICÉMIA

Vanessa Barcelos, Ana Carolina Ferreira, António Fontes, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva.
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE.

Mulher de 36 anos, talhante, saudável. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 4 horas de evolução de febre e epigastralgia. À observação com hipotensão e taquicardia; abdómen doloroso à palpação profunda do hipocôndrio direito e epigastro, sem defesa. Gasimetria com hiperlactacidémia. Activada Via Verde da Sépsis e realizadas hemoculturas. Assumida infecção com ponto de partida intra-abdominal e iniciada terapêutica empírica com piperacilina/tazobactam. Analiticamente: com anemia normocítica normocrómica, leucopenia e procalcitonina 12,53 ng/mL. Sumária de urina tipo II, radiografia torácica e ecografia abdominal sem alterações. Posteriormente realizada tomografia computorizada abdominopélvica com alterações compatíveis com hipoperfusão, com principais estruturas vasculares permeáveis. Após colocação de cateter venoso central com sangramento activo dos locais de punção e da mucosa jugal. Rápida deterioração do estado geral, com necessidade de sedação, ventilação mecânica invasiva e de suporte aminérgico. Analiticamente a salientar disfunção hematológica, hepática e renal. Realizadas transfusões de concentrado eritrocitário, plaquetas e plasma fresco congelado. Choque séptico refractário a todas as medidas instituídas, com evolução desfavorável. Verificado óbito em menos de 24h do início do quadro. Hemoculturas com isolamento de Streptococcus suis II. Necropsia com polisserosite e aspetos compatíveis com coagulação intravascular disseminada. A infecção a S.suis é adquirida através da exposição a carne suína contaminada, constatando-se nos últimos anos o aumento da sua incidência a nível mundial. São raros os casos reportados em Portugal. As manifestações clínicas mais frequentes são meningite, septicémia, endocardite e artrite, sendo a surdez uma complicação frequente. Dados demonstram uma taxa de mortalidade superior a 50% em casos com septicémia e choque séptico

PO-03-44

UMA FORMA MENOS COMUM DE ICTERÍCIA

Olga Jesus, Filipa Alçada, Diana Moura, João Santos, Maria de Jesus Banza, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ - MEDICINA INTERNA II

A Doença de Lyme é uma doença infeciosa multissistémica causada pela espiroqueta Borrelia burgdoferi, transmitida ao homem por artrópodes, clinicamente pleomórfica com atingimento cutâneo, cardíaco, articular e neurológico. Os autores apresentam o caso de um homem de 77 anos, residente em meio rural, com consumo de água de furo não tratada e hábitos etílicos marcados, que recorreu ao serviço de urgência por hematúria macroscópica com 3 dias de evolução e agravamento de mialgias prévias, sem sensação térmica. À entrada orientado, colaborante, apirético, pele e mucosas ictéricas e hematúria franca. Auscultação normal e abdómen indolor à palpação, sem massas ou organomegálias. Analiticamente com trombocitopenia de 13000/µL, sem alterações da hemostase. Albumina 23g/L, elevação das transaminases >400U/L, LDH 481U/L, FA 101U/L, CK 636U/L com CK-MB normal e PCR 202,9mg/L. Teste de coombs directo e indirecto positivos. Urocultura com isolamento de E. coli multi-sensível. Estudo auto-imune negativo e serologias fortemente positivas a Borrelias (IgM >100U/mL). Radiografia do tórax e ecografia abdominal sem alterações de relevo. TC-TAP com espessamento pleural nodular posterior esquerdo, esboço nodular hipodenso e hipocaptante na glândula supra-renal esquerda e formação quística cortical renal bilateral. Colonoscopia com diverticulose cólica. Administraram-se 2 pools de plaquetas e imunoglobulinas por 3 dias e posterior terapêutica com prednisolona, por suspeita de trombocitopenia idiopática. Realizou ainda antibioterapia empírica com ceftriaxone por 7 dias e posteriormente doxicilina durante 3 semanas, com melhoria clínica progressiva, parâmetros inflamatórios em decrescendo e trombocitopenia melhorada. Este caso relembra-nos a relevância de uma anamnese pormenorizada, que contemple os factores epidemiológicos subjacentes às zoonoses, pois só assim será possível suspeitar e reconhecer um grupo de patologias frequentemente subestimado, no qual a Doença de Lyme tem lugar.

PO-03-45

FEBRE Q - UM CASO RARO DE EVOLUÇÃO PARA INFECÇÃO CRÓNICA

Mónica Teixeira, Sara Macedo, Andreia Correia, Pedro Crespo, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada pela Coxiella burnetii. O desafio diagnóstico deve-se ao seu amplo espectro de manifestações clínicas que vão desde formas assintomáticas, até síndromas febris mais ou menos prolongadas, com ou sem focalizações. Apresenta-se habitualmente de uma forma aguda autolimitada, embora, mais raramente evolua para a cronicidade (<5 % dos doentes com infecção aguda). Caso clínico: Homem, 60 anos, referenciado ao serviço de urgência por quadro de febre intermitente, astenia e anorexia com 2 semanas de evolução. No início da sintomatologia apresentou lesões cutâneas maculares pruriginosas nos membros inferiores. Nos últimos 2 dias com cólicas abdominais, associadas a duas dejecções líquidas. Contexto epidemiológico: Contacto com cães e limpeza de dejectos de animais recentemente. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica; INR 1,33; Creatinina 2,2mg/dL; Ureia 76mg/dL; FA 177 UI/L; GGT 323,7 UI/L; TGP 61 UI/L; TGO 32 UI/L; PCR 28,11 mg/dL. Ecografia abdominal: fígado volumoso e esteatose hepática. Ficou internado com a suspeita de gastroenterite aguda sob ciprofloxacina. Ao 3.º dia mantinha picos febris (máximo 39,9ºC), pelo que iniciou doxiciclina que cumpriu durante 21 dias, com apirexia sustentada. As serologias revelaram títulos elevados de anticorpos anti-Coxiella burnetii IgG e IgM fase II compatíveis com febre Q aguda. Realizou ecocardiograma transesofágico: espessamento ligeiro das válvulas aórtica e mitral. Aos 7 meses com título elevado de anticorpos anti- Coxiella burnetii IgG Fase I compatível com Febre Q crónica. Pelo risco de evolução para endocardite, optou-se por associar hidroxicloroquina e doxiciclina. Conclusão: Apresenta-se este caso numa perspectiva de sensibilização para a ocorrência

desta doença, que está longe de ser negligenciável em Portugal, para a importância do diagnóstico atempado e para a vigilância dos doentes afectados.

SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #3

MODERADOR: ALVES DE MOURA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PO-03-13

ANGINA VARIANTE DE PRINZMETAL - 5 ANOS NUM SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

David Roque, Mariana Vieira, Joana Simões, Paulo Alves, Pedro Magno, Carlos Morais
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Introdução: A Angina Variante de Prinzmetal foi descrita pela primeira vez em 1959 como uma dor retrosternal que surgia de forma espontânea associada a elevação do segmento ST no eletrocardiograma. Ocorre sobretudo em jovens sem sintomatologia cardíaca prévia, sendo a fisiopatologia a de um vasospasmo coronário cujo mecanismo permanece desconhecido. Os critérios de diagnóstico atuais são: 1) angor em repouso, 2) alterações reversíveis do segmento ST 3) vasospasmo espontâneo/provocado na coronariografia. As complicações incluem enfarte agudo do miocárdio, arritmias ventriculares e morte súbita. Objetivos: Pretende-se realizar uma revisão dos doentes admitidos num Serviço de Cardiologia com o diagnóstico de Angina Variante de Prinzmetal, abordando apresentação clínica, fatores de risco, os achados dos exames complementares, a terapêutica instituída à data de alta e o seguimento pós-alta. Métodos: Retrospetivo por consulta de processos clínicos. Resultados: Registaram-se um total de 22 doentes, 51% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 36 e os 75 anos, sendo a idade média de 53,7. A maioria apresentava à admissão dor retrosternal opressiva, associada a elevação do segmento ST. Metade destes doentes apresentou elevação da troponina e alterações segmentares no ecocardiograma. À data de alta cerca de 51% dos doentes foi referenciado a consulta de Cardiologia. Verificou-se 1 óbito. Conclusões: A Angina Variante de Prinzmetal tem, geralmente, um prognóstico favorável. Os casos de pior prognóstico estão relacionados com doença aterosclerótica concomitante, no entanto é de salientar uma taxa de morbilidade importante, com necessidade de múltiplos internamentos, pelo que se torna imperativo o acompanhamento e orientação clínica destes doentes.

PO-03-14

IMPACTO DO DÉFICE DE FACTORES HEMATÍNICOS NA DESCOMPENSAÇÃO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA POPULAÇÃO COM MENOS DE 80 ANOS

David Roque, Ana Corte-Real, Maria Gomes, Teresa Bernardo, Patrícia Vasconcelos, Rui Almeida
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

A anemia na Insuficiência Cardíaca (IC) é comum, habitualmente não relacionada com défice de factores hematínicos. Objetivo: Avaliar o hipotético impacto que o défice de factores hematínicos pode ter na descompensação da IC. Métodos: Estudo retrospetivo de doentes com diagnóstico de IC e menos de 80 anos admitidos num serviço de Medicina durante 12 meses. Definiu-se anemia de acordo com a OMS, ferropénia absoluta como ferritina <100 µg/ml e funcional entre 100-300 µg/ml com saturação de transferrina (ST) <20%. Resultados: 215 doentes foram avaliados, dos quais 82 (38.1%) com idade <80anos. Neste grupo a média de idades foi de 71.5+-7.2 anos, 50% do sexo masculino e 56.1% apresentavam quadro de IC Agudizada (ICA). Nesta amostra, os com ICA apresentavam pior classe funcional (NYHA III/IV 80.4 vs 5.6%, p <0.001), mais frequentemente anemia (60.9 vs 33.3%, p=0.016) e maiores valores de proBNP à admissao (4312 [6466] vs 1168 [3650]; p=0.004), vs IC Estável (ICE). Relativamente aos factores hematínicos, o grupo ICA apresentava menores valores absolutos de Hb (11.5+-2.4 vs 12.7+-1.9, p=0.024), de ferritina (119 [231] vs 274 [1126), p=0.037) e de ST (8.6 [8,1] vs. 14.9 [12], p=0.008). Por sua vez os valores de Transferrina (241.1+-58.9 vs 163.5 +- 49.1, p=0.002) e de CTFF (306.2 +- 74.4 vs 204.3 +-61.3, p=0.002) encontram-se aumentados no grupo de ICA. Não se verificaram diferenças entre ferropénia funcional ou absoluta, assim como nos valores de vitamina B12 e Ácido Fólico. Não se verificaram diferenças em termos de mortalidade (4.3% vs 8.3%, p=0.65) nem de taxa de reinternamento (41.3 vs 27.8%, p=0.248). Conclusões: Não foi possível demonstrar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação à taxa de ferropénia absoluta ou relativa; contudo, parece haver uma associação entre os marcadores de défice de ferro e a ICA, contrariamente aos valores de vitamina B12 e Ácido Fólico.

PO-03-19

UM CASO DE CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA

Mafalda Costa Pereira, Susana Sousa, Cristina Marques, Teresa Pinto, Nuno Bettencourt
MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE; CARDIOLOGIA, HOSPITAL LUSÍADAS PORTO

A cardiomiopatia restritiva caracteriza-se por paredes rígidas, disfunção diastólica e enchimento ventricular anormal. A deposição extracelular no mio/endocárdio de fibrilas amilóides insolúveis derivadas das proteínas plasmáticas, é causa comum, sobretudo nos idosos. Além de insuficiência cardíaca de predomínio direito, pode verificar-se neuropatia autonómica e arritmias por atingimento do sistema de condução. Apresenta-se homem de 87 anos com hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, fibrilhação auricular e hipotensão postural. Submetido a vários ajustes terapêuticos. Mantinha queixas de astenia, tonturas, dispneia de esforço, edemas dos membros inferiores e noctúria. Electrocardiograma - fibrilhação auricular, QRS de baixa amplitude; ecocardiogrma – hipertrofia ventricular esquerda concêntrica com ecoestrutura infiltrativa, dimensões normais, pressão de enchimento elevada, insuficiência mitral, função sistólica conservada mas pouco vigorosa, hipertrofia da parede do ventrículo direito, veia cava inferior com variabilidade respiratória diminuida; electroforese de proteínas séricas normal e ausência de cadeias leves na urina; biópsia de gordura abdominal - negativa para proteína amiloide; RM cardíaca - realce tardio difuso predominantemente subendocárdico, sugestivo processo infiltrativo - amiloidose; não realizou biópsia endomiocárdica confirmatória após discussão de risco. A hipótese diagnóstica mais provável neste caso é amiloidose sistémica senil, doença lenta progressiva, com infiltração cardíaca acentuada, predominante no sexo masculino e prevalência de 25-36% acima dos 80 anos. O prognóstico é melhor que na amiloidose primária. O tratamento da amiloidose cardíaca é geralmente de suporte, com diuréticos e antagonistas da aldosterona; a terapêutica modificadora de prognóstico é geralmente mal tolerada. Aguardam-se resultados do transplante cardíaco e de quimiotrapia.

PO-03-39

TAMPONAMENTO CARDÍACO E MELANOMA MALIGNO: GOLPE DE MESTRE 20 ANOS DEPOIS

Miriam Capelo, Adelaide Spínola, Maria Inês Correia, Andreia Pestana, Sofia Gonçalves, Carolina Aguiar, Catarina Nóbrega, Susana Gomes, Rubina Miranda, Décio Pereira, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Os tumores metastáticos do coração e pericárdio são mais frequentes que os tumores primários, sendo encontrados em 6-20% das autópsias. O Melanoma maligno é responsável por 4.4% dessas metástases. As metástases cardíacas são uma manifestação tardia da doença disseminada, podendo causar arritmias, enfarte do miocárdio, derrame pericárdico ou insuficiência cardíaca ventricular direita por obstrução. Caso Clínico: sexo feminino, 59 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e melanoma maligno (há 20 anos, submetida a cirurgia e terapêutica neoadjuvante). Internada por quadro com cerca de cinco dias de evolução de dor epigástrica, enfartamento e cansaço fácil. Exame físico: nódulo cervical esquerdo de consistência pétrea, aderente aos planos profundos; diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. Exames complementares: Telerradiografia de tórax – aumento do índice cardiotorácico, derrame pleural bilateral. Ecocardiograma – derrame pericárdico de grandes dimensões, com “swinging heart” e colapso parcial das cavidades

direitas. Pericardiocentese diagnóstica e terapêutica – drenagem de 1250cc de líquido amarelo citrino. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica – derrame pericárdico com espessamento pericárdico sugestivo de metastização; múltiplos nódulos em todos os lobos pulmonares, sugestivo de metástases; nódulo supra-renal esquerdo. Anatomia patológica – líquido pericárdico com células neoplásicas; nódulo cervical – metástase de melanoma maligno. Alta ao 14º dia de internamento com o diagnóstico de melanoma maligno metastizado. Iniciou quimioterapia com Dacarbazina. Durante os meses seguintes deterioração progressiva do performance status, com múltiplos internamentos associados a complicações inerentes à evolução da doença, vindo a falecer. Este caso clínico descreve uma apresentação perspicaz do melanoma maligno, remetendo para a importância de uma história clínica e exame físico exaustivos.

PO-03-40

SINDROME DE MARFAN, UMA MUTAÇÃO GENÉTICA DESCONHECIDA

Alexandra Avila, Ala manolachi, João Estevens, Maria José Grade, Luisa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE UNIDADE DE PORTIMÃO.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Marfan é um transtorno do tecido conjuntivo, caracterizado por defeitos relacionados com o gene que codifica a Fibrilina 1 (FBN1). Tem expressividade clínica muito variável o que dificulta o seu diagnóstico. CASO CLÍNICO: os autores apresentam o caso clinico de um homem de 50 anos, com diagnóstico recente de miocardiopatia dilatada, sem história familiar relevante, que quando avaliado por nós era portador de Ecocardiograma que revelou dilatação da aorta ascendente. Para esclarecimento dessa situação realizou TAC de tórax, na qual foi observada dissecção crónica da aorta (tipo A Standford). Foi referenciado a outro centro hospitalar onde foi submetido a correcção cirúrgica. Coloca-se então a Hipótese diagnóstica de Sindrome de Marfan, dada a presença de algumas características fenotípicas sugestivas de fibrilinopatia: pectum carinatum, dolicocefalia, retrognatia, hérnias inguinais, estrias (4 pontos do score sistémico). Clinicamente e segundo os critérios diagnósticos estabelecidos na Nosologia de Ghent, o doente não se enquadrava no diagnóstico, visto que apenas apresentava um critério major e 4 de 7 pontos do score sistémico, mas pela forte suspeita clinica foi-lhe solicitado o estudo molecular, que revelou: Sindrome de Marfan. Encontrada a mutação c4428C> A no gene FBN1 que leva a formação de um codão STOP (p Tyr1476). Esta mutação nunca foi previamente descrita em doentes com Marfan. Aconselhou-se também a realização do teste genético aos familiares em primeiro grau, neste caso uma única filha de 22 anos, que também é portadora da mesma mutação. DISCUSSÃO: Dada a grande diversidade da apresentação fenotípica do Sindrome de Marfan, o diagnóstico precoce nos indivíduos é fundamental para prevenir complicações e melhorar o prognóstico dos doentes. As provas de deteção de mutações do FBN1, podem proporcionar e/ou confirmar o diagnóstico etiológico nos pacientes com formas de apresentação clínica atípicas.

SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #5

MODERADOR: PAULA FELGUEIRAS

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

PO-05-45

UMA CAUSA INCOMUM DE ERUPÇÃO CUTÂNEA

Beatriz Braga, Carolina Vidal, Nuno Almeida, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E

O Sarcoma de Kaposi é um distúrbio angioproliferativo que requer infeção pelo HHV-8.É classificado em quatro tipos:clássico,endémico,iatrogénico e epidémico(associado à SIDA,sendo a neoplasia que mais afeta estes doentes).Pode ocorrer envolvimento cutâneo e/ou visceral. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 73 anos,internada no Serviço de Medicina Interna por cistite.Tinha como antecedentes Insuficiência Cardíaca,doença renal crónica,anemia ferropénica,hipertensão arterial, diabetes mellitus,tabagismo cessado,fibrilhação auricular e história de hepatite B atualmente curada.Durante o internamento foram observadas pápulas violáceas na metade inferior de ambas as pernas,com 7 mm de maior diâmetro,que não desapareciam à digito-pressão.Da investigação diagnóstica da erupção cutânea, foi realizada biópsia cutânea onde foi confirmado o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi pelo resultado anatomopatológico,TC tóraco-abdomino-pélvica com pequeno derrame pericárdico com maior espessura na vertente esquerda e fina lâmina de líquido livre intraperitoneal peri-hepático,Endoscopia digestiva alta com biópsia que revelou"múltiplas lesões polipóides congestivas,violáceas, dispersas principalmente no corpo" em que no exame anatomopatológico se confirmou"amostra de mucosa gástrica com infiltração por tecido de Sarcoma de Kaposi",pesquisa de sangue oculto nas fezes (resultado positivo) e Colonoscopia com angiectasias do cólon ascendente e do cólon descendente.Foram realizadas duas determinações de HIV(anticorpos anti HIV não detetados).Concluiu-se estarmos perante um Sarcoma de Kaposi gástrico e cutâneo. Este caso demonstra que o Sarcoma de Kaposi pode ocorrer em doentes não infetados com Vírus HIV.Os autores consideram importante haver elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico,pois pode assemelhar-se clinicamente a outras lesões cutâneas benignas/malignas e deve ser tido em conta como diagnóstico diferencial de lesões cutâneas,principalmente afetando as extremidades.

PO-05-62

DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS DURANTE O INTERNAMENTO: ESTUDO RETROSPETIVO

Ana Isabel Reis, Joana Oliveira, Ana Grilo, Bárbara Picado, Fernando Gonçalves, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, LOURES

As neoplasias têm uma incidência elevada na população portuguesa com alguns diagnósticos efetuados em internamento. Objetivo: Avaliar a incidência do diagnóstico de neoplasias em regime de internamento com caracterização demográfica deste grupo de doentes, forma de apresentação, diagnóstico, estadiamento e tratamento. Métodos: Estudo retrospetivo; avaliados os doentes internados na nossa enfermaria durante o período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2015 com diagnóstico inaugural de neoplasia (n=896). Resultados: Foram identificados 45 doentes com diagnóstico inaugural de neoplasia, correspondendo a 5% dos internamentos, 38% do sexo feminino e 62% do sexo masculino e com idade média de 72 anos. A demora média do internamento foi de 12 dias e a taxa de mortalidade de 24.4%. Relativamente ao motivo de internamento, a maioria recorre ao hospital por queixas respiratórias (26.7%), gastrointestinais (24,4%) ou constitucionais (15,5%); a dor é motivo de internamento em 11.1%. Há uma prevalência maior das neoplasias gastrointestinais (33.3%) edo pulmão (28.9%). A suspeição do diagnóstico advém da clínica (73.3%), da avaliação analítica (28.9%) e dos exames complementares: radiografia 17.8%, ecografia 22.2%, TC 82.2%, broncofibroscopia 6.7%, estudos endoscópicos gastrointestinais 13.3%, ressonância magnética 4.4% e marcadores tumorais 4.4% (antigénio prostático específico – PSA – e alfa fetoproteina). A maioria dos doentes apresentava metastização à distância (60%) e apenas 11% neoplasia localizada. 44.4% fizeram quimioterapia, 13.3% radioterapia e 13.3% foram submetidos a cirurgia. Conclusão: A incidência do diagnóstico de neoplasia durante o internamento foi de 5%, com predominância das neoplasias gastrointestinais e do pulmão e a maioria em estadio avançado. É importante uma revisão das estratégias de rastreio ao nível dos cuidados de saúde primários com o intuito de prevenir o diagnóstico de neoplasias em estádios avançados, com prognóstico mais reservado.

PO-05-76

MASSA BULKY ABDOMINAL: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Cátia Santos, Joana Alfaiate, Lilian Sousa, Catarina Pereira, Helena Carrondo
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ - MEDICINA INTERNA II

O linfoma difuso de grandes células B constitui 30-40% dos linfomas adultos. Caracteriza-se por um elevado índice de proliferação e alteração molecular bcl-2, com evolução agressiva e massas de crescimento rápido e frequente sintomatologia clínica. Os autores descrevem o caso de um homem de 77 anos que recorreu ao SU, por quadro de vómitos, abdominalgias e perda ponderal de

10kg com 2 meses de evolução. Foi referenciado pelo seu médico assistente, após ter realizado em ambulatório colonoscopia que não revelou alterações significativas e TAC abdominal que evidenciou massa bulky abdominal. Como antecedentes patológicos apresentava crise convulsiva em 2007, apendicectomia há 5 anos e síndrome depressivo. É internado no serviço de medicina para estudo. À observação apresentava aspeto emagrecido, abdómen com massa dolorosa no hipocôndrio esquerdo, continuando para a região infraumbilical, com cerca de 15cm de diâmetro. Analiticamente com beta 2 microglobulina elevada, serologia para VHC positiva, mas VIH negativa e imunofenotipagem sugestiva de síndrome linfoproliferativo. A radiografia de abdómen revela nível digestivo alto e a biopsia da massa abdominal, realizada por via ecográfica, confirma o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Realiza também endoscopia digestiva alta que mostra anel membranoso discreto na transição esofago-gástrica e lesão infiltrativa no duodeno que se biopsou com resultado compatível com envolvimento da parede duodenal por linfoma difuso de grandes células B. O doente é referenciado para a hematologia para orientação terapêutica, tendo iniciado quimioterapia de acordo com o protocolo rituximab, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina e prednisolona (R-CHOP).

PO-05-77

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO - A PROPOSITO DE UM CASO RARO

Pedro Duarte, Carolina Pavão, Beatriz Amaral, Natacha Amaral, César Lourenço, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

Os tumores miofibroblásticos inflamatórios são entidades raras, sendo a localização mais comum o pulmão. Estão descritas outras localizações extrapulmonares, sendo o mesentério e o retroperitoneu as mais frequentes. Apresenta-se o caso clínico de uma jovem de 30 anos, sem antecedentes pessoais patológicos conhecidos, que recorre ao SU por um quadro de dor abdominal difusa e perda ponderal com vários meses de evolução. Do estudo complementar realizado destaca-se: EDA com varizes no fundo gástrico, analiticamente com anemia normocítica normocrómica e padrão de citocolestase; TC abdominal com volumosa massa pancreática corpo-caudal, com critérios de irressecabilidade por invasão de estruturas vasculares; marcadores tumorais negativos; submetida a eco-endoscopia com realização de PAAF, cujo estudo citológico revelou tecido fibrótico e inflamatório. Durante este período verificou-se agravamento progressivo do quadro clínico da doente, com aparecimento de icterícia. Obteve-se nova amostra de material histológico para estudo anatomo-patológico, que revelou neoplasia mesenquimatosa fusocelular, de potencial maligno, intermédio ou de baixo grau, com infiltração do parênquima pancreático sem destruição das estruturas glandulares, compatível com o diagnóstico de tumor miofibroblastico inflamatório. Iniciou corticoterapia com boa resposta terapêutica. Onze meses após o início do tratamento, doente sem queixas álgicas, anictérica e com recuperação do peso inicial. Controlo imagiológico com progressão favorável e expressão praticamente residual de tumor em redor da artéria mesentérica superior. Os tumores miofibroblásticos podem simular lesões malignas, como carcinomas, linfomas, sarcomas ou metástases, não sendo o estudo complementar imagiológico capaz de diferenciar estas entidades. A avaliação anátomo-patológica é fundamental para o diagnóstico definitivo, pois neste tipo de tumor existe uma boa taxa de sobrevida com boa resposta à corticoterapia.

PO-05-80

METASTIZAÇÃO CUTÂNEA COMO PRIMEIRO SINAL DIAGNÓSTICO

Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Joana Serôdio, João Costelha, Miguel Morgado, Marta Pereira, Vítor Costa, António Ferro, Paula Brandão
HOSPITAL CONDE BERTIANDOS, SERVIÇO MEDICINA 2 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

A metastização cutânea (MC) resulta da infiltração de células malignas na pele por via hematogénica ou linfática. As manifestações cutâneas são diversas (pápulas, nódulos ou úlceras). Estima-se que a MC apresente uma frequência de 1 a 10%, sendo a neoplasia da mama responsável por 30% dos casos. O caso clínico retrata uma doente do sexo feminino de 73 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Sem hábitos alcoólicos e tabágicos. Na consulta de Medicina Interna, a doente referiu 4 lesões em pápula eritemato-violácea, localizadas na região axilar e inframamária direita e periumbilical com 1 ano de evolução, as quais após aplicação de terapêutica tópica com antifúngico e corticosteroides não evidenciaram melhoria. Mencionou, ainda, astenia, anorexia e perda ponderal (16.7% do peso corporal), desde há cerca de 5 meses. Ao exame objetivo observado as lesões em pápula. À palpação mamária foi notado um nódulo com, aproximadamente, 2 cm no quadrante infero-externo da mama esquerda, sem adenopatias palpáveis. Dada a suspeita de MC por neoplasia da mama foi realizada biópsia cutânea que confirmou infiltração por carcinoma da mama. A ecografia mamária mostrou lesão nodular com cerca de 2 cm no quadrante infero-externo da mama esquerda. A biópsia da lesão confirmou carcinoma lobular infiltrante, grau II de Bloom (T3; P2; M1), sem outros locais de metastização à distância. A doente foi orientada para consulta de grupo oncológico, tendo sido realizada mastectomia e radioterapia adjuvante. Conclusão A MC por neoplasia maligna interna é relativamente incomum na prática clínica, mas torna-se importante a sua perceção, pois apresenta-se como um sinal de diagnóstico de neoplasia. O seu reconhecimento precoce pode levar a um diagnóstico preciso e rápido, e a tratamento oportuno. No entanto, um elevado índice de suspeição é necessário, uma vez que os achados clínicos podem ser subtis.

SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I **LCD #5**

MODERADOR: TERESA FONSECA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PO-05-06

GRAVIDEZ E PUERPÉRIO - UM RISCO PARA DISSEÇÃO CORONÁRIA ESPONTÂNEA?

Ana Nunes, Rui Almeida, Jorge Ferreira
HOSPITAL DE SANTA CRUZ - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

A disseção coronária espontânea (DCE) é uma causa pouco frequente de síndrome coronária aguda durante o puerpério. É mais frequente no 3º trimestre da gravidez, no pos-parto precoce e em multíparas. As artérias mais envolvidas são a coronária esquerda e a descendente anterior (DA). Os autores apresentam o caso de uma puérpera de 39 anos (primeira gestação), sem antecedentes pessoais relevantes e sem fatores de risco cardiovascular. Ao 5º dia pós parto eutócico apresentou dor retroesternal súbita e sudorese, tendo recorrido ao serviço de urgência. O Electrocardiograma tinha supradesnivelamento de ST em V2-V4, DI e avL. Analiticamente destacava-se troponinal de 3,5µg/L. Exames complementares realizados: Coronariografia: disseção ostial da DA com fluxo lento; Ecocardiograma transtorácico: fração de ejeção (FEj) de 45-50% por alterações segmentares do território da DA; ANGIO-Tomografia computorizada cardíaca e das artérias coronárias: disseção do segmento proximal da DA, trombose do falso lúmen, verdadeiro lúmen de calibre reduzido, com estenose de cerca de 80%; Ressonância magnética cardíaca: cicatriz de enfarte anterior extenso e em todos os segmentos apicais, exceto no lateral; alterações da cinética segmentar no território da DA; Estudo da auto-imunidade negativo. O caso foi discutido em reunião médico-cirúrgica, tendo-se decidido tratamento conservador. Não se procedeu a revascularização percutânea dado o risco de agravamento da disseção. Durante o internamento não se registaram intercorrências e a doente teve alta assintomática. Este caso representa um dos desafios impostos à decisão terapêutica. Devido à raridade desta condição clínica e aos poucos casos descritos, não existe um consenso claro relativamente à melhor estratégia terapêutica da DCE. O tratamento conservador, a cirurgia de revascularização do miocárdio e a intervenção coronária percutânea, todos foram descritos na literatura como possíveis opções terapêuticas.

PO-05-07

A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO GENÉTICO NO CONTROLO TENSIONAL EM HIPERTENSOS

Ana Célia Sousa, M. I. Mendonça, A. Pereira, L.M.Correia, T.Góis, L. Nóbrega, S. Gouveia, A. Spinola, A.I. Freitas, C.Freitas, M.Rodrigues, E. Henriques, I. Ornelas, R. Palma dos Reis.
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

A Hipertensão arterial (HTA) é uma entidade clínica associada a alto risco de doença Cardiovascular (DCV) e cerebrovascular. O seu controlo é fundamental para a redução do risco de DCV. Vários fatores são implicados no mau controlo tensional como a má adesão à terapêutica, a alta ingestão salina e outros fatores de risco de DCV. Objetivo: Avaliar a importância dos factores genéticos no mau controlo tensional. Métodos: Com uma amostra de 555 indivíduos com HTA constituímos dois grupos um grupo de 199 individuos com HTA controlada (com PA ≤140/90 mmhg) e outro com 356 sem HTA controlada. Comparamos em ambos os grupos as variantes genéticas possivelmente associadas à HTA: AGT 174 M/T; AGT 235 T/M; ECA I/D; ECA 8 A/G; AT1R 1166 A/C; CYP11B2 -344 C/T, CYP 17 A1 T/C, SNN1G A –173 G, ADD1 Gly460Trp, β1 Adrenérgico R389G, β2 Adrenérgico R16G, ATP2 B1 A/G e o da Sub Unidade β3 da Proteína G C825T. Análise Estatística: As variáveis contínuas foram apresentadas pela respetiva média ± DP. Na análise dos dados utilizamos o teste do qui-quadrado e o teste t de Student para amostras independente. Resultados: O polimorfismo TT da variante genética CYP11B2 -344 C/T foi mais prevalente no grupo dos com HTA controlada (33,1%) do que no grupo dos hipertensos controlados (24,1%) com OR=1,560 (1,053-2,310) (p=0,026). Em relação às outras variantes genéticas estudadas não houve diferença estatística entre os dois grupos. Conclusões: A variante genética TT do polimorfismo genético CYP11B2 -344 C/T é significativamente mais frequente nos hipertensos não controlados do que nos hipertensos controlados (p =0,026). Como este polimorfismo relaciona -se com a maior síntese da aldosterona, a terapêutica com inibidores da aldosterona poderá ser uma mais valia para um bom controlo tensional nos doentes hipertensos mal controlados possuidores desta variante genética.

PO-05-38

ENDOCARDITE POR STAPHYLOCOCCUS SPP. - UMA PATOLOGIA COM MORBILIDADE E MORTALIDADE ACENTUADAS

Madalena Coutinho Cruz, Rita Ilhão Moreira, Luísa Moura Branco, Ana Galrinho, Luís Coutinho Miranda, Ana Teresa Timóteo, João Abreu, Tiago Pereira da Silva, Marta Nogueira, Luís Almeida Morais, José Fragata, Rui Cruz Ferreira
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Introdução: O Staphylococcus spp (STF) é uma das etiologias mais comuns de endocardite infecciosa (EI) e confere-lhe um pior prognóstico. Objectivo: Comparar o STF com as restantes etiologias bacterianas de EI. Métodos: Estudo restrospectivo de doentes (dts) com EI e isolamento bacteriano em hemocultura que realizaram ecocardiografia transesofágica (ETE) num serviço de Cardiologia num hospital terciário de 2006 a 2014. Resultados: Dos 202 dts analisados, 127 (70,9% homens, 61,76±16,67 anos, follow-up (FU) 28,8±32,6 meses) tinham etiologia bacteriana. 44,9% eram STF (71,9% aureus, 14.1% epidermidis, 42,1% meticilino-resistente). 26,6% eram Streptococcus spp e 15,7% Enterococcus spp. A válvula aórtica foi a mais afectada (55,1%) e 39,4% das EI ocorreram em próteses. As EI de válvulas direitas (9,5%) foram incomuns. A insuficiência cardíaca (IC) foi a complicação mais frequente (42,0%) e 41,7% dos dts foram operados. A mortalidade intra-hospitalar foi 21,4% e 21,2% dos dts morreram durante o FU. Ao comparar STF com outras bactérias, a história de etanolismo (18,2% vs. 5,8%, p 0,044) e a EI protésica (50,9% vs. 30,0%, p 0,017) foi mais comum no STF, à custa da EI precoce (65,4% vs. 35,0%, p 0,041). Não houve diferença na válvula afectada ou nos achados de ETE. A presença de STF associou-se a embolia periférica (26,7% vs. 7,4%, p 0,005), sem diferença nas outras complicações (IC, extensão perivalvular, embolia cerebral). A taxa de cirurgia foi semelhante nos dois grupos. O STF associou-se a maior mortalidade intra-hospitalar (29,8% vs. 14,5%, p 0,037), sem diferença na mortalidade a médio prazo (54,4% vs. 44,3%, p 0,257). Conclusão: O STF foi o agente mais comum da EI bacteriana nesta população. Associou-se a pior prognóstico a curto prazo, incluindo embolia periférica e mortalidade intra-hospitalar. Não se relacionou com características ecocardiográficas ou maior realização de cirurgia. Os sobreviventes tiveram um prognóstico sobreponível ao das outras etiologias.

PO-05-39

UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE: ENDOCARDITE COM EMBOLIZAÇÃO SISTÉMICA

Ana Rafael, Rodrigo Leão, Catarina Sá, Helena Temido, Daniel Marques, David Donaire, Ana Rita Ramalho,Susana Costa, Fátima Franco, Mariano Pêgo
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA: UNIDADE DE TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA

A Endocardite da válvula protésica é uma infecção grave e potencialmente fatal apesar dos avanços nas últimas décadas na terapia médica e cirúrgica. A embolização sistémica é uma complicação temida dado o aumento substancial na morbilidade e mortalidade associada a esta patologia. Os eventos embólicos ocorrem precocemente no curso da doença, estando presentes frequentemente antes do diagnóstico de Endocardite. Os autores descrevem o caso de um doente de 59 anos, com antecedentes patológicos de insuficiência cardíaca NYHA classe III, portador de prótese mecânica aórtica desde 1991 e hábitos etílicos marcados, admitido por quadro de desorientação, alteração do comportamento e anorexia com duas semanas de evolução. Objectivamente apresentava-se desorientado, apirético, taquicárdico com sopro sistólico e ruído de prótese, pálido, emagrecido, com edemas periféricos bilaterais e sem défices neurológicos focais. Analiticamente destacava leucocitose de 20200/L, proteína C reactiva de 3.93mg/dl, BNP 768.2pg/ml, creatinina 1.35mg/dl, ferritina 616ng/ml e colestase hepática. Realizou tomografia computorizada (TC) craniana que revelou múltiplas áreas hiperdensas arredondadas compatíveis com lesões hemorrágicas com edema associado, de natureza inespecífica. A TC toracoabdominopélvica mostrou sinais de hipoperfusão renal bilateral e esplénica, sem outras alterações de relevo. As hemoculturas mostraram isolamento de Streptococcus anginosus. Realizou ecocardiograma transtorácico que não foi conclusivo e o ecocardiograma transesofágico revelou vegetação filiforme na válvula aórtica, muito móvel, com 13mm de maior extensão, tendo iniciado antibioterapia dirigida. Os autores salientam a importância do elevado nível de suspeição e da dificuldade de diagnóstico numa patologia que pode ter apresentação clínica variada, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial. No presente caso, os sinais neurológicos foram o quadro de apresentação de uma endocardite com embolização sistémica.

PO-05-40

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL AS LESÕES DE ÓRGÃO ALVO SÃO PREDITIVAS DE PIOR PROGNÓSTICO?

Joana Ricardo Pires, Joel Pinto, Ana Araújo, Paulo Almeida, José Mesquita Bastos
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Introdução: Vários estudos têm demonstrado a importância do controlo da pressão arterial na prevenção de eventos cardiovasculares (CV). Discute-se se a existência de lesões de órgão alvo consequentes da hipertensão arterial (HTA) são consequência natural da doença ou são também marcadores de pior prognóstico. Métodos: Efetuou-se um estudo prospetivo com 1200 doentes hipertensos essenciais, sob terapêutica estabilizada (645 mulheres, idade 51±12 anos, Índice massa corporal 27±5 Kg/m2, Pressão arterial sistólica 24H 133,3 ± 16 mmHg) sem eventos cardiovasculares prévios. Foram avaliados dados antropométricos, laboratoriais e houve um subgrupo submetido a ecocardiograma. Resultados: Num follow-up de 11.8±5.1 anos. Registaram-se 133 mortes por eventos CV e 251 eventos CV não fatais, dos quais 147 acidentes vasculares cerebrais, 67 doença coronária, 37 outro tipo de eventos cardiovasculares. Quando se comparou o grupo de hipertensos que não tiveram evento cardiovascular versus os que tiveram, verificou-se que os que tiveram apresentavam significativamente valores mais elevados de creatinina e valores superiores do tamanho da aurícula esquerda (AE) e massa ventricular esquerda (MVE), avaliados por ecocardiograma. Na análise das curvas de sobrevivência de Kaplan–Meier livre de eventos verificou-se que quando foi avaliado a creatinina por tercis, quanto maior o tercil pior sobrevivência livre de eventos CV (log Rank 7,72 p=0,02). De igual modo, quando avaliada a dimensão da aurícula

esquerda (cut-off de 40mm), ou a presença ou não de massa ventricular esquerda aumentada, os que se apresentavam com AE alargada ou aumento MVE apresentavam maior incidência de eventos CV, respetivamente (log Rank 16,8 p<0,000) e (log Rank 7,37 p=0,007) . Conclusão: Na nossa amostra, verificou-se que em doente hipertensos a presença de lesões de órgão alvo assume um risco CV acrescido mesmo em doentes que apresentam valores de pressão arterial controlados.

SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #7

MODERADOR: HELENA SILVA

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

PO-07-72

ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Cleide Barrigoto, Catarina Rodrigues, Diogo Martins, Johana Martins Jesus, Carla Maravilha, Estefânia Turpin, Umbelina Caixas, António Godinho
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ - MEDICINA 1.4

Os autores apresentam o caso de um doente de 65 anos, sem antecedentes pessoais relevantes com quadro com 2 meses de evolução e de agravamento progressivo de astenia, adinamia, dor lombar e edema do membro inferior esquerdo associado a diminuição progressiva da força e da sensibilidade do mesmo. Ao exame objetivo apresentava edema do membro inferior esquerdo até à raiz da coxa, empastamento gemelar, paraparésia assimétrica (grau 3 à esquerda/grau 4 à direita), Babinsky positivo à esquerda e hipoestesia álgico do mesmo lado a sugerir compressão medular. Dos exames complementares de diagnóstico a destacar analises com anemia normocítica normocrómica e lesão renal aguda, TC-tóraco-abdomino-pélvica com adenomegálias mediastínicas e retroperitoneais a condicionar uretero-hidronefrose bilateral, atrofia do rim esquerdo sugerindo obstrução crónica e trombose ilíaca e femoral esquerda e TC e RM da coluna que mostraram lesão infiltrativa de D9-D12 com compressão medular e sinais de mielopatia compressiva. Iniciou dexametasona e foi submetido a laminectomia descompressiva com colocação de stents uretrais bilaterais, no mesmo tempo cirúrgico, e realizou biópsia da lesão óssea cujo exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma. Dado PSA elevado realizou biópsia prostática que confirmou o diagnostico de adenocarcinoma da próstata (Gleason 7), iniciou bloqueio hormonal e manteve corticoterapia com progressiva melhoria clinica e regressão parcial dos défices neurológicos sob fisioterapia, com TC de controlo a mostrar redução significativa das adenopatias e recuperação da permeabilidade uretral. Apresentamos este caso pela apresentação clinica atípica e dificuldade diagnóstica exigindo um envolvimento multidisciplinar.

PO-07-76

LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Julieta Ramalho, Inês Burmester, André Santa Cruz, Paulo Gouveia, Maria João Regadas, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O Linfoma Primário do Sistema Nervoso Central (LPSNC) é um tumor agressivo, que se origina e perpetua confinado ao Sistema Nervoso Central. A sua incidência tem aumentado significativamente nas últimas três décadas em ambas as populações imunodeprimida e imunocompetente. Objectivos: Relembrar a dificuldade no diagnóstico etiológico de lesões cerebrais em doente imunodeprimida. Método: Os autores apresentam um caso clínico com o objetivo de salientar as dificuldades na abordagem destes doentes complexos. Resultado: Mulher de 69 anos, com Miastenia Gravis (Anticorpos antiAchR positivos, EMG com decremento), Anemia normocitica e normocromica, Doença renal crónica estádio III (biopsia renal inconclusiva, mas sem sinais de causa imunomediada) e Lipoderamtoesclerose. Seguimento em múltiplas Consultas Hospitalares, realizando estudo de provável síndrome paraneoplásico (saliento: sem timoma). Internada para estudo de Lesões ocupantes espaço cerebrais, traduzida por paresia facial central. Analiticamente mantinha anemia, elevação LDH e B2microglobulina, sem hipercalcemia. A abordagem inicial foi baseada nas etiologias infecciosas, sobretudo infecções oportunisticas e causas neoplásicas tendo em conta as comorbilidades da doente. O estudo exaustivo realizado, incluindo biopsia estereotáxica, permitiu identificar LPSNC. Os principais fatores de mau prognóstico presentes foram: performance status do paciente acima de 1, idade superior a 60 anos, LDH elevada, hiperproteinorraquia e acometimento de área cerebral não hemisférica. O tratamento de escolha seria a combinação de quimioterapia contendo altas doses de metotrexate e radioterapia, mas que a doente não foi candidata dado o estado funcional e factores de mau prognóstico presentes. Conclusões: O caso descrito ilustra a dificuldade em diagnosticar o LPSNC dado apresentar variabilidade imagiológica e consequentemente sinais/sintomas frustres que podem passar despercebidos.

PO-07-77

SARCOMA SINOVIAL - A AUSÊNCIA DE MELHORIA CLÍNICA COMO GUIA PARA O DIAGNÓSTICO

Afonso Rodrigues, Catarina Pires, Karin Luz, Catarina Cardoso, Tiago Pack, Sara Oliveira, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE FUNCIONAL 4

Os Sarcomas Sinoviais apresentam-se habitualmente como uma massa com crescimento rápido e indolente. É descrito o caso de uma mulher de 49 anos com história de Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome Antifosfolipídico e vários episódios trombóticos nos últimos dois anos: Trombose Venosa Profunda (TVP) femoral esquerda em 2014 com início de anticoagulação oral, Tromboembolismo Pulmonar – com posterior colocação de filtro na Veia Cava Inferior e recorrência de TVP femoral esquerda em 2015 com volumoso hematoma afectando todos os compartimentos da coxa esquerda e comprometendo a capacidade funcional e autonomia da doente. Foi pedida colaboração da Medicina Interna na correlação clínica dos antecedentes da doente com o quadro apresentado. Realizou uma primeira biópsia da coxa que excluía a hipótese de Sarcoma sugerindo um processo inflamatório difuso na dependência do quadro trombótico recorrente. Apesar das medidas terapêuticas conservadoras (meias de compressão elástica, anticoagulação, drenagem postural) o volume da coxa aumentava progressivamente pelo que realizou Ressonância Magnética onde se descrevia uma massa heterogénea de contornos irregulares de características expansivas e infiltrativas com dimensões globais de 19x12x10cm, envolvendo os eixos vasculares profundos sem seguros planos de clivagem. Optou-se então por repetir nova biópsia muscular (face lateral da coxa) cujo resultado histopatológico foi compatível com tumor mesenquimatoso de padrão morfológico e imunocitoquímico consistente com Sarcoma Sinovial. Estabeleceu-se o contacto com a Oncologia e após validação de diagnóstico e estadiamento (lesão localizada) a doente iniciou quimioterapia com Doxorrubicina, apresentando até ao momento uma evolução clínica favorável com recuperação da sua autonomia. Este caso espelha a importância de manter sempre sob dúvida o diagnóstico, valorizando a evolução clínica nessa apreciação, em especial, quando isso condiciona escolhas terapêuticas e prognósticos.

PO-07-78

DERRAMES PLEURAIS NEOPLÁSICOS - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Alexandra Esteves, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: O derrame pleural corresponde a uma acumulação anormal de fluido ao nível do espaço pleural, sendo a manifestação mais comum de doença pleural. A doença neoplásica é a segunda causa mais comum de derrame pleural exsudativo. Os tumores que mais frequentemente se associam a derrame pleural são as neoplasias do pulmão, mama e os linfomas, constituindo cerca de 75% dos casos. Objetivo: caracterizar os doentes internados por derrame pleural neoplásico num Serviço de Medicina Interna (SMI). Métodos: análise retrospetiva dos doentes internados com o derrame pleural neoplásico de 1/1/2015 a 31/12/2015. Resultados: no período de tempo estudado, estiveram internados 262 doentes com o diagnóstico de derrame pleural, dos quais 32 com derrame

neoplásico (o que corresponde a 12% dos doentes internados com derrame e a 0,8% de todos os doentes internados). Destes, 19 eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com uma idade média de 74 anos. As principais comorbilidades foram a hipertensão arterial (63%) e a diabetes mellitus (31%) e 66% dos doentes apresentavam antecedentes de neoplasia. Os principais sintomas foram a dispneia (59%) e a tosse (9%) e o diagnóstico de derrame pleural foi realizado por radiografia de tórax em 69% dos casos. Os derrames pleurais eram unilaterais em 61% das situações e de médio volume em 50% dos casos. A toracocentese foi realizada em 66% dos doentes, sendo todos exsudados. A biópsia pleural foi realizada em 29% dos casos e a broncofibroscopia em 48%. A neoplasia do pulmão foi a neoplasia associada mais frequente (41%), seguida do linfoma (19%). Durante o internamento 31% (n=10) dos doentes acabou por falecer. Conclusão: Os autores apresentam a realidade de um SMI relativamente aos derrames pleurais neoplásicos e pretendem realçar a importância atempada do seu diagnóstico.

PO-07-79

HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA NA ORIGEM DE TRÊS NEOPLASIAS SÍNCRONAS?

Bárbara Pedro, Raquel Sousa, Ricardo Miranda, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, MEDICINA II

A hemocromatose hereditária é uma desordem herdada no qual mutações no gene HFE ou outros genes, causam aumento da absorção intestinal de ferro, com sobrecarga deste e, consequente, lesão tecidular. Apresento o caso de um doente do sexo masculino, 65 anos, com história de Diabetes Mellitus tipo 2, que recorreu ao serviço de urgência por assimetria facial com desvio da comissura labial com cerca de 2 horas de evolução. Ao exame físico verificou-se aumento do volume parotídeo à direita, de consistência firme, indolor, associado a parésia facial periférica direita. Realizou tomografia computorizada do pescoço e toraco-abdomino-pélvica que revelou lesão infiltrativa da parótida direita e volumosa lesão ocupando espaço hepática. Realizou citologia aspirativa da parótida que foi positiva para células neoplásicas, mostrando adenocarcinoma. Paralelamente, procedeu-se a biópsia hepática, cuja histologia mostrou carcinoma hepatocelular (CHC), bem diferenciado. Colocou-se a possibilidade da lesão hepática ser secundária à neoplasia parotídea, embora o padrão morfológico e o perfil imunohistoquímico realizado à biópsia parotídea e hepática, permitiu definir serem de neoplasias distintas. Analiticamente apresentava ainda linfocitose, com sombras de Gumprecht, cuja imunofenotipagem do sangue periférico revelou leucemia linfocítica crónica. Da história familiar apurou-se irmão com hemocromatose, sendo realizado estudo da cinética do ferro mostrando aumento da ferritina e da saturação da transferrina (>45%), com pedido de estudo genético que revelou mutação c.845G>A (p.C282Y) em homozigotia no gene HFE. Em doentes com Hemocromatose Hereditária verifica-se um aumento do risco de CHC e está presente na literatura a possibilidade de aumentar o risco de desenvolvimento de neoplasias extra-hepáticas, particularmente em doentes com C282Y em homozigotia, sendo este risco proporcional ao grau de sobrecarga de ferro.

SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #7

MODERADOR: CRISTINA TEIXEIRA PINTO

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS

PO-07-37

PARAGANGLIOMA DO SEIO CAROTÍDEO - UMA CAUSA RARA DE SÍNCOPE

Catarina Araújo, Jeanette Silva, Vanda Spencer, Francisca Delerue
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os paragangliomas do corpo carotídeo são neoplasias raras, altamente vascularizadas e geralmente benignas, originadas nos quimioreceptores do corpo carotídeo. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 61 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e cardiopatia isquémica previamente submetida a angioplastia coronária. Admitida por episódio de síncope associada a hipotensão arterial, disartria e parésia facial central direita. Após preenchimento vascular houve gradual resolução dos défices neurológicos em menos de 24 horas. Análises, electrocardiograma e ecocardiograma sem alterações relevantes. A tomografia computorizada (TC) e ressonância magnética crânio-encefálica revelaram formação tecidular ao nível da bifurcação carotídea direita com reforço após injecção endovenosa de contraste iodado. Realizou ecodoppler dos vasos do pescoço que documentou ateromatose carotídea sem repercussão hemodinâmica e lesão nodular sólida vascularizada e bem circunscrita ao nível da bifurcação carotídea direita com 15 mm de diâmetro. A TC cervical mostrou lesão expansiva extravascular na bifurcação carotídea direita, hipervascularizada, compatível com paraganglioma carotídeo. A cintigrafia com octreótido confirmou lesão direita única. O doseamento de metanefrinas e catecolaminas urinárias foi normal e o teste genético foi negativo. Foi avaliada por endocrinologia e cirurgia maxilo-facial que, perante estabilidade clínica da doente e elevado risco da cirurgia, consideraram manter uma atitude conservadora. Este caso evidencia uma causa de síncope pouco frequente numa doente sem outros sintomas sugestivos de paraganglioma e com vários factores de risco vascular que poderiam apontar para outras etiologias, enfatizando a importância da suspeição clínica e recurso a exames complementares, nomeadamente imagiológicos, para o seu correcto diagnóstico.

PO-07-38

FRACTURAS PATOLÓGICAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bráulio Gomes, João Daniel Melo, José Pedro Leite, Rafael Pinto Silva, Mercedes Agúndez, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, HOSPITAL GERAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Introdução As fracturas patológicas ocorrem em osso anormal e fragilizado, com baixa capacidade de regeneração devido a alterações da mineralização óssea ou lesões locais como neoplasias. Surgem em trauma de baixo impacto ou mesmo sem trauma. A diminuição da mineralização óssea pode ocorrer por envelhecimento ou ser secundária a patologias endócrinas, alterações do metabolismo da vitamina D, neoplasias como mieloma múltiplo ou fármacos. O síndrome de Cushing caracteriza-se por hipertensão arterial, obesidade central, face em lua-cheia, hirsutismo, equimoses, hiperpigmentação cutânea e osteopenia, entre outros. Resulta da exposição prolongada a glucocorticóides que poderão ser de produção endógena ou exógena, sendo o primeiro dependente da ACTH em 80% dos casos. Caso clínico Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 39 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica intensa após episódio de tosse, sendo objectivada fractura de arcos costais. A doente referia ganho ponderal de cerca de 20 kg em 12 meses. Do estudo complementar há a destacar osteopenia constatada em densitometria óssea, elevação de ACTH e de cortisol urinário. O teste de supressão com 8 mg de dexametasona foi compatível com não supressão do eixo. Por fim, a ressonância magnética mostrou a presença de adenoma hipofisário. Discussão/conclusão De acordo com a clínica e os resultados dos estudos complementares, concluiu-se pelo diagnóstico de Doença de Cushing. Foram excluídas outras patologias que poderiam cursar com fracturas patológicas, nomeadamente neoplasias e hipertiroidismo. As fracturas patológicas como manifestação inicial do síndrome de Cushing são raras, motivo pelo qual este caso ganha particular interesse. Alerta ainda para a necessidade de múltiplos estudos hormonais para confirmar a presença de síndrome de Cushing assim como para diferenciar entre as formas dependentes de ACTH e as não dependentes, essencial para uma adequada orientação terapêutica.

PO-07-39

HIPERCALCÉMIA HIPOCALCIÚRICA FAMILIAR, UM DIAGNÓSTICO GENÉTICO DEPOIS DOS 70

Diogo Paixão Marques, Marta Manso, Simão Rodeia, Raquel Domingos, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

A hipercalcémia está associada a hiperparatiroidismo primário ou neoplasia em cerca de 90% dos casos. Uma das causas menos frequentes, o síndrome

hipercalcémia hipocalciúrica familiar, é uma doença de transmissão autossómica dominante que cursa com hipercalcémia ligeira a moderada, assintomática, geralmente detectada de forma incidental, que não necessita de tratamento específico na maior parte dos casos. Apresenta-se caso de doente do sexo feminino, 70 anos, com história pessoal relevante de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, dislipidémia e obesidade, internada por acidente vascular cerebral isquémico do hemisfério direito. Durante a avaliação analítica realizada durante o internamento detectou-se hipercalcémia moderada ([Ca2+] sérico 11.6 mg/dL). A doente negava conhecimento de história familiar de hipercalcémia e não apresentava qualquer tipo de sintoma, sinal ou manifestação electrocardiográfica causada por esta alteração analítica. Foi feito estudo complementar, destacando-se nível sérico de PTH normal, TC tóraco-abdómino-pélvica, ecografia mamária e tiroideia sem evidência de neoplasia, excluindo as principais causas de hipercalcémia. O estudo subsequente evidenciou diminuição da excreção urinária de cálcio em 24h, com clearance de cálcio/creatinina < 0.01, confirmando o diagnóstico de hipercalcémia hipocalciúrica familiar. Apesar da hipercalcémia poder ser secundária a doenças potencialmente graves, designadamente neoplasias, apresenta-se este caso para alertar para uma causa rara, mas benigna, de hipercalcémia, que deve ser pesquisada assim que excluídas as causas mais frequentes de hipercalcémia.

PO-07-40

DOENÇA DE FAHR - UMA ENTIDADE DE DIAGNÓSTICO INFREQUENTE

Sónia Canadas, Gonçalo Samouco, Pedro Vieira, Paulo Roboredo, Ana Teresa Moreira, Rodrigo Maia Alves, Rita Fernandes, Heidy Cabrera, João Correia
ULS GUARDA - HOSPITAL DE SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução:A Doença de Fahr é uma entidade rara caracterizada pela calcificação bilateral dos gânglios da base.De etiologia não totalmente esclarecida, apresenta um espectro de manifestações clínicas bastante diversificado, entre as quais distúrbios neuropsiquiátricos, cognitivos e perturbações do movimento. Caso clínico:Doente do sexo feminino de 60 anos, com antecedentes de Síndrome depressivo major, Hipertensão arterial e Patologia nodular da tiróide, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de lipotimia e afasia com recuperação espontânea.Apresentava um quadro arrastado de cefaleias e tonturas, associado a alterações comportamentais, com empobrecimento do discurso e lentificação psico-motora.Referia dificuldade na marcha, por vezes incapacitante e movimentos semelhantes a tetania. Sem alterações a nível do exame neurológico sumário. Analiticamente com hipocalcemia grave (1,3 mmol/L). Realizou TC-CE que revelou extensas calcificações nos núcleos da base, talâmicas, nas coronas radiatas e nos núcleos cerebelosos.Foi internada para estudo complementar.Do estudo analítico realizado: hipoparatiroidismo, hiperfosfatemia, défice moderado de vitamina D e níveis normais de magnésio e de calcitonina; função tiroideia normal.Excluiu-se outras etiologias: intoxicação por metais pesados, infecções víricas entre as quais, VHB, VHC, VHA e VIH, e infecção por sífilis.O estudo de auto-imunidade foi negativo. Assim, mediante a conjugação dos elementos clínicos, analíticos e imagiológicos assume-se o diagnóstico de Doença de Fahr. A doente encontra-se medicada com carbonato de cálcio + colecalciferol (1500mg+400UI) e calcitriol 0,25mcg bid, embora com cumprimento terapêutico inconstante. Conclusão:Os autores apresentam este caso clínico não só pela sua raridade mas também pela multiplicidade de diagnósticos diferenciais que despoleta, particularmente de diagnósticos labelados como psiquiátricos, que após investigação se constata que parecem ter uma causa orgânica subjacente.

PO-07-80

CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE, RECORRÊNCIA GANGLIONAR COM APRESENTAÇÃO INVULGAR

Ana Rita Costa, Mariana Meireles, Ana Rita Cruz, João Araújo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O carcinoma papilar é a forma mais comum de cancro tiroideu, apresentando habitualmente curso indolente e bom prognóstico. As metástases ganglionares regionais são muito frequentes e, apesar de reportadas como tendo pouco impacto no prognóstico dos doentes de baixo risco, foi demonstrado que, em conjunto com uma série de outros fatores como idade superior a 45 anos, metástases à distância e tamanho tumoral regional, se podem associar a pior outcome. Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos com antecedentes de carcinoma papilar da tiroide (pT3N1M0) submetido a tireoidectomia total e esvaziamento ganglionar seguidos de ablação com iodo radioativo. Três anos depois inicia bradicardia sintomática e síncopes de repetição, tendo colocado pacemaker sem melhoria das queixas. Posteriormente desenvolve disfagia para sólidos, disfonia e síndrome consumptivo. A persistência das síncopes obrigou a alectuamento permanente. A TC demonstrou múltiplas adenopatias cervicais, uma das quais retrofaríngea a rodear a artéria carótida interna, aflorando o buraco magno e com extensão à base da língua. A histologia da biópsia excisional de gânglio cervical foi compatível com recidiva de carcinoma papilar da tiróide e a cintigrafia com Iodo 131 confirmou presença de tecido tiroideu funcionante. Foi submetido a terapêutica com Iodo Radioativo sem melhoria sintomática significativa. O extenso envolvimento do eixo neurovascular impossibilitou a ressecção curativa da lesão, tornando os sintomas difíceis de controlar. Este caso expõe uma apresentação clínica invulgar de recidiva neoplásica associada à compressão do eixo neurovascular por metastização ganglionar. Independentemente do bom prognóstico da neoplasia em si, a extensão local da doença pode conferir morbilidade significativa e constituir um desafio terapêutico para os clínicos.

SÁBADO - 28 - 10H45 - SALA FILIPE I **LCD #9**

MODERADOR: GONÇALO ROCHA

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

PO-09-69

TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA - UM DIAGNÓSTICO BRONCOSCÓPICO SILENCIOSO

Miriam Cimbron, Alexandra Carreiro, Carlos Pavão, Paula Macedo, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO - SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Introdução: A Traqueobroncopatia Osteocondroplástica (TO) é uma doença crónica rara de etiologia desconhecida que se caracteriza pela presença de múltiplos nódulos osteocartilaginosos na submucosa da parede antero-lateral da traqueia, podendo atingir os brônquios principais e em raros casos a laringe. A evolução clínica é habitualmente benigna, insidiosa e assintomática, mas pode cursar com tosse seca, hemoptises, dispneia, pieira, toracalgia e infeções respiratórias recorrentes nos casos em que os nódulos fazem protusão para o lúmen das vias respiratórias. O seu diagnóstico é habitualmente acidental aquando da realização de broncoscopia para exclusão de outras hipóteses diagnósticas, podendo surgir associada a neoplasias malignas do pulmão. Caso Clínico: Mulher de 63 anos de idade, leucodermóide, com antecedentes de rinite, desvio do septo nasal e ex-fumadora. Sem alergias conhecidas. Foi reencaminhada para consulta de pneumologia para estudo de queixas crónicas de sensação de corpo estranho na laringe e tosse seca ocasional. Foi realizada broncofibroscopia que revelou nódulos esbranquiçados dispersos de aspeto cartilagíneo que poupavam a parede posterior da traqueia e se estendiam até à porção proximal dos brônquios principais, condicionando uma redução do calibre da traqueia para cerca de 70% (Imagem) - compatível com TO. Histologia de biópsia das lesões negativa para células neoplásicas. Mantém seguimento em consulta de pneumologia sem necessidade de medicação dirigida. Conclusão: A TO é uma doença rara, idiopática, benigna e frequentemente assintomática, pelo que a sua incidência in vivo poderá estar subestimada. É diagnosticada acidentalmente aquando da realização de broncoscopia para entubação ou exclusão de outras hipóteses diagnósticas. Não existe tratamento específico e apenas uma minoria de casos com complicações graves necessita de tratamento broncoscópico ou cirúrgico.

PO-09-82

UMA PNEUMONIA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA NUM JOVEM DE 28 ANOS

Maria Teresa Boncoraglio, Ana Ogando, Carlos Oliveira
HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR- BARCELOS. SERVIÇO MEDICINA INTERNA

A pneumonia organizada criptogénica(COP), anteriormente designada por bronquiolite obliterante com pneumonia organizada (BOOP) inclui-se nas pneumonias idiopáticas intersticiais. Apesar de a maioria dos casos ser idiopática, a COP pode aparecer como complicação de infeções respiratórias, doença vascular do colagénio, exposição a radiação, fármacos e tóxicos. Surge habitualmente entre os 50 e 60 anos de idade. Os autores apresentam o caso clínico de um jovem de 28 anos, com antecedentes de espinha bífida e síndrome depressivo, fumador de 12 Unidades Maço Ano, consumidor de marijuana e haxixe diariamente. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre com tosse seca, associada a dispneia. Apresentava insuficiência respiratória hipoxémica e a radiografia de tórax mostrava engurgitamento hilar bilateral, campo pulmonar direito pouco inspirado com um infiltrado inespecífico, sem imagem de condensação. Analíticamente com uma Proteina C Reactiva de 4 mg/dl, sem leucocitose, marcadores víricos negativos, sem isolamento de agente e antigénios urinários negativos. Iniciou terapêutica antibiótica empírica com Azitromicina e Amoxicilina com ácido clavulânico com melhoria dos sintomas e apirexia sustentada mas persistência de hipóxia. Foi realizado TAC torácico que revelou áreas de densificação em "vidro despolido", e áreas de consolidação, de predomínio subpleural peri-brônquico, com configuração em atol mais evidente no lobo superior do pulmão direito sugestiva de COP. As provas funcionais respiratórias mostraram um síndrome ventilatório obstrutivo moderado. O ecocardiograma não tinha sinais de hipertensão pulmonar. O doente iniciou corticoterapia em doses de 0.5 mg/kg com suspeita diagnóstica de COP. Conclusão: Este caso ressalta a necessidade de considerar a COP como um diagnóstico diferencial da insuficiência respiratória hipoxémica em todas as faixas de etárias.

PO-09-83

PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA- A PROPÓSITO DE UM CASO

Ana Rafael, Adelaide Moutinho, Inês Soares, Sérgio Lascasas, Sandra Tavares
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS- MONTES E ALTO DOURO: UNIDADE DE CHAVES

A Pneumonia Organizativa Criptogénica (POC) é uma doença pulmonar intersticial idiopática rara, cuja incidência e prevalência são desconhecidas, com início na quinta e sexta décadas de vida. A patogénese permanece pouco clara, hipotetizando-se que o evento precipitante será a lesão do epitélio alveolar. O diagnóstico exige manifestações clínicas e radiológicas específicas e achados histopatológicos compatíveis. Os autores descrevem o caso de um doente de 68 anos, sem hábitos farmacológicos, com internamento há um mês por Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Do estudo efetuado a Tomografia Axial Computorizada mostrava extensa consolidação parenquimatosa bilateral com broncograma aéreo, a broncofibroscopia não mostrava lesões, o aspirado brônquico sem isolamentos microbiológicos e o lavado broncoalveolar com contagem celular aumentada e citologia negativa para células neoplásicas. Apresentou após antibioterapia e corticoterapia melhoria clínica e radiológica franca, tendo alta com corticoide em desmame. Recorre ao Serviço de Urgência 15 dias após a alta por tosse, dispneia para pequenos esforços e astenia com agravamento progressivo. Objetivamente apresentava-se subfebril e com hipoxemia. A gasimetria mostrava insuficiência respiratória tipo 1, o estudo analítico evidenciou anemia microcítica hipocrómica, trombocitose e proteína C reativa de 20.4mg/dl. O estudo imunológico e serologias víricas foram negativas. A radiografia de tórax mostrava agravamento das opacidades pulmonares bilaterais. Realizou biópsia pulmonar que mostrou pneumonia em organização. Neste caso salientamos o desafio diagnóstico, com amplo número de patologias a serem consideradas no diagnóstico diferencial (incluindo PAC) e após diagnóstico a necessidade de exclusão de processo secundário na base da POC. O diagnóstico preciso é fundamental dado que o tratamento com corticoide provoca rápida melhoria clínica e radiológica, embora as recaídas sejam comuns após redução ou suspensão da terapêutica.

PO-09-84

PNEUMONIAS DE ASPIRAÇÃO NUMA DOENTE OBESA

Neuza Soares, Emanuel Filipe Araújo, Joana Simões, José Pestana Ferreira
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prevalência da obesidade na população, sendo bem conhecidas as suas consequências diretas na saúde. Para além das alterações do estilo de vida, existem armas terapêuticas cirúrgicas, entre elas a colocação de banda gástrica, que não está isenta de complicações. Os autores descrevem um caso de uma mulher de 39 anos com antecedentes de obesidade mórbida e colocação de banda gástrica há 10 anos. Apresentava-se assintomática até 3 meses antes do internamento, quando iniciou um quadro de dispneia, tosse seca e disfonia que motivaram múltiplas recorrências ao Serviço de Urgência. Diagnosticada com Pneumonia recorrente, cumpriu múltiplos cursos de antibioterapia. Dois meses depois do último curso de antibioterapia, recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento progressivo da dispneia e da tosse associada a vómitos alimentares e refluxo gastroesofágico. Apresentava-se com insuficiência respiratória hipoxémica, mas sem sinais de dificuldade respiratória. Os sons respiratórios encontravam-se globalmente diminuídos, com crepitações inspiratórias no 1/3 inferior das bases. No estudo efectuado destaca-se: estudo analítico com elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios, radiografia do tórax sugestiva de atelectasia à esquerda e TC torácico com imagem sugestiva de pneumonia extensa em todo o pulmão esquerdo e presença de banda gástrica herniada para o tórax associada a distensão do esófago em toda a sua extensão. Foi diagnosticada com Pneumonia de Aspiração e decidido retirar a banda gástrica. Na revisão da literatura ainda são raras as descrições das complicações tardias associadas à migração da banda e à dismotilidade esofágica. Apesar da associação bem estabelecida entre a Pneumonia de Aspiração e a colocação de banda gástrica, os clínicos ainda não estão sensibilizados para esta problemática, levando ao seu subdiagnóstico.

PO-09-85

DISPNEIA OBSTRUTIVA - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Joana Ricardo Pires, Joel Pinto, Jorge Henriques, Eduardo Ribeiro, Gilberto Silva, Susana Cavadas, Maria José Moreira, Rosa Jorge
CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Diagnóstico diferencial de doenças respiratórias obstrutivas é um desafio clínico diário. A estenose traqueal pós-intubação, ocorre em 1-4% dos doentes submetidos a ventilação mecânica. Os autores apresentam o caso de um doente, sexo masculino, 42 anos, antecedente pessoal de asma. Submetido a cirurgia ortopédica pós acidente de viação tendo ficado internado na Unidade Cuidados Intensivos por instabilidade hemodinâmica intra-operatória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva por curto período de tempo. Recorreu ao Serviço de Urgência, 15 dias após a alta, por quadro de dispneia intensa. Na admissão apresentava-se polipneico com saturação periférica de O2 de 100 % com FiO2 de 35%. Auscultação pulmonar com murmúrio rude bilateral, aumento do tempo expiratório e sibilância. Realizou AngioTC-tórax observando-se área de hipodensidade endoluminal à direita ao nível da ramificação lobar superior, tendo ficado internado com diagnóstico de tromboembolia pulmonar e agudização de asma brônquica. Durante o internamento verificou-se agravamento da dispneia, apresentando estridor e broncoespasmo acentuado sem melhoria após broncodilatação e corticoterapia. Para exclusão de diagnósticos diferenciais de patologia obstrutiva foram revistos os exames complementares realizados. No Rx tórax verificou-se estreitamento da traqueia, presente na Angio-TC mas não relatada. Confirmada estenose por broncofibroscopia e provas de função respiratória. Foi submetido a dilatação endoscópica laser-assistida tendo sido necessária segunda intervenção por reestenose. Após exclusão de patologia auto-imune e neoplásica, assumiu-se estenose traqueal iatrogénica. Com este caso, pretendemos realçar a

importância do diagnóstico diferencial na patologia respiratória, em doentes com múltiplas etiologias prováveis, e alertar para o diagnóstico de estenose traqueal pós-intubação em doentes com ventilação mecânica invasiva.

SEXTA-FEIRA - 27 - 10H45 - SALA FILIPE I LCD #9

MODERADOR: JOÃO ANDRADE

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS

PO-09-08

PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFES-TAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE CROHN

Ana Oliveira Monteiro, Luís Nogueira Silva, Bruno Loureiro, Maria Teresa Cardoso
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: Pioderma Gangrenoso (PG) é uma manifestação dermatológica rara. Geralmente está associado a uma doença sistémica, nomeadamente a doença inflamatória intestinal (DII), mas a sua manifestação como forma de apresentação é pouco comum. CASO CLÍNICO: Mulher, 45 anos, internada por lesão cutânea com 15 dias de evolução, eritematosa, papular, com área ulcerada, necrótica e exsudado purulento na face dorsal do pé esquerdo. Apresentação inicial com edema e rubor, evoluiu para lesão bolhosa com fundo necrótico em 7 dias. Medicada em ambulatório com Flucloxacilina sem melhoria e rápida progressão para úlcera necrótica profunda. Tendo em conta a necrose e a rapidez de evolução foi internada para estudo, iniciou Vancomicina. Apresentava história de perda ponderal de 20Kg em 12 meses, astenia, mal-estar abdominal difuso, aparecimento nos últimos 3 meses de dejeções diarreicas, hematoquezias ocasionais e poliartralgias migratórias com rubor e edema que nunca valorizou. Posta a hipótese de PG no contexto de DII realizou endoscopia digestiva alta e baixa. As biópsias confirmaram o diagnóstico de doença de Chron. A biópsia da pele foi inespecífica. O rastreio sético, estudo imunológico e ecocardiograma sem alterações. Só após Inicio de corticoterapia se verificou resposta, com rápida melhoria, reepitelização da úlcera e controle da DII. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara que se apresenta como alteração inflamatória e ulcerada da pele, dolorosa e de rápida progressão. Mais de 50% dos doentes têm uma doença sistémica subjacente, cujos sintomas no caso apresentado nunca foram valorizados. O seu aparecimento como forma de apresentação é raro e independente do curso da doença. O diagnóstico é difícil e de exclusão, a biópsia é inespecífica e inconclusiva como no caso apresentado. DII e PG derivam do mesmo mecanismo imuno-mediado. Este caso mostra o desafio diagnóstico e a importância da anamnese na procura de uma doença sistémica.

PO-09-21

UM CASO DE DISFAGIA MULTIFATORIAL

Sofia Jardim, Carmen Marques
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

OBJETIVOS: A prevalência da disfagia aumenta com a idade associada à normal modificação do processo de deglutição inerente ao envelhecimento. Pretende-se relatar um caso de disfagia multifatorial, realçando o diagnóstico etiológico e o desafio da abordagem terapêutica. MÉTODOS: As informações do caso clínico foram obtidas pela consulta do respetivo processo clínico. RESULTADOS: Homem de 67 anos, surdo-mudo após meningite na infância, totalmente dependente, com história de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), hipertensão arterial, doença cerebrovascular crónica (acidente vascular cerebral isquémico aos 64 anos com hemiparésia esquerda sequelar) e epilepsia vascular. Admitido por quadro de DPOC agudizada no contexto de incumprimento terapêutico, resolvido após instituição da terapêutica broncodilatadora. Durante o internamento, constatada disfagia para líquidos, necessitando de aspiração de secreções da orofaringe e de hidratação com uso de espessante. Iniciado estudo etiológico com os seguintes exames: tomografia computorizada (TC) craneo-encefálica revelou lesões de natureza vascular isquémica não recentes em topografia caudado-radiária esquerda e lentículo-capsulo-radiária direita; endoscopia digestiva alta identificou hérnia do hiato esofágico; endoscopia laríngea demonstrou formações osteóides ao longo da parede posterior faríngea; TC faringo-laríngea identificou ponte osteofitária hipertrófica exuberante C2-C3-C4 condicionando moldagem franca do espaço visceral anterior; e estudo cinerradiológico da deglutição documentou parésia da hemifaringe direita. Admitido quadro de disfagia secundário a doença de Forestier e parésia da hemifaringe direita. Após discussão multidisciplinar, decidida a realização de gastrostomia percutânea endoscópica, a qual decorreu sem intercorrências. CONCLUSÃO: A abordagem da disfagia é fundamental, na medida em que esta se pode associar a pneumonia de aspiração, desidratação, perda ponderal e obstrução da via aérea.

PO-09-41

PANCREATITE HIPERTRIGLICERIDÉMICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Diana M. Ferreira, Ana Rita Nogueira, João Fonseca, Patrícia A. Mendes, João Pedro Gomes, Pedro Lopes, José Eduardo Mateus, João Filipe Gomes, António Aragão, Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Introdução: A hipertrigliceridemia (HTG) é a terceira causa mais frequente de pancreatite aguda (PA), que geralmente se desenvolve com triglicerideos (TG) superiores a 1000 mg/dL; contudo, valores superiores a 500 mg/dL devem levantar suspeita clínica. Objectivo: Caracterização dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de PA HTG. Métodos: Estudo retrospetivo descritivo de doentes internados num período de 12 anos (de 2000 a 2012), avaliando: sexo, idade, antecedentes pessoais, clínica, valores de TG e evolução. Resultados: Foram incluídos 30 doentes, com idade entre os 26 e os 76 anos (média 44,93 ± 9,45 anos), 20% do sexo feminino; 40% tinham antecedentes de PA e 70% história de alcoolismo crónico. Metade dos doentes tinham dislipidemia conhecida. Todos apresentaram dor abdominal (20% com defesa), 43,3% febre, 36,67% taquicardia, 30% dispneia e 16,67% alterações à auscultação pulmonar. Os primeiros valores de amilasemia variaram entre 32 e 1076 U/L, os TG estavam entre 509-10660 mg/dL e a colesterolemia total entre 201 – 1473 mg/dL. O score de APACHE foi em média de 6,87 ± 3,11 e os critérios de Ranson às 48 horas de 2,74 ± 1,68. O internamento durou em média 13,6 ± 8,69 dias, tendo 33,3% doentes desenvolvido complicações (3 pseudoquistos, 3 diabetes inaugural, 1 abcesso pancreático, 1 atelectasia lobar inferior esquerda, 1 síndrome de privação alcoólica e 1 disfunção multiorgânica). Destes doentes, 60% apresentavam consumo de álcool superior a 100g/dia. Um doente faleceu - disfunção multiorgânica (taxa de mortalidade 3,33%). À data de alta o valor médio de TG foi de 291,13 ± 108,11 mg/dL. Conclusões: A HTG é conhecidamente uma causa de PA. Nos nossos doentes foi frequente a associação a consumo excessivo de álcool (60%), dificultando o tratamento e aumentando o potencial de complicações. No entanto, a mortalidade foi baixa nos nossos casos (3,33%).

PO-09-46

UM MAL NUNCA VEM SÓ

Anna Taulaigo, Madalena Vicente, Mário Ferraz, Filipa Cardoso, André Candelaria, Filipa Lourenço, Ana Lladó, Cláudia Mihon, António Panarra
HOSPITAL CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

A incidência da diarreia associada ao Clostridium difficile (DACD) tem vindo a aumentar nos doentes internados e implica grande morbilidade e elevados custos. Os autores apresentam o caso de um homem de 75 anos, com história de cardiopatia hipertensiva, fibrilhação auricular, e diabetes tipo 2. Inicia quadro com 2 semanas de evolução de diarreia (10 dejecções líquidas diárias, com muco, por vezes sangue e sem pus), anorexia e perda ponderal de 21 kg em 3 meses. Sem febre ou outros sintomas. À observação apirético, abdómen distendido, indolor a palpação. Analiticamente a salientar anemia normocrómica normocítica, sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Do estudo complementar realizado: coproculturas, exame parasitológico e pesquisa da toxina do C. difficile negativos; serologia para citomegalovirus e virus da imunodeficiência humana negativos; imunologia de Doença Celíaca negativa. Realizada tomografia computorizada abdominal com espessamento parietal do

cólon que, associada a níveis elevados de calprotectina, levantou a suspeita de doença inflamatória intestinal (DII). A colonoscopia revelou áreas de mucosa ulcerada de fundo nacarado com exsudado, alternadas com áreas normais e o exame histológico sugestivo de colite isquémica. Pela inconsistência dos resultados, institui-se terapêutica empírica com metronidazol, messalazina e corticóides. Apesar da terapêutica não houve melhoria clínica pelo que foram repetidas corpoculturas com isolamento de Salmonella de grupo B, sensível à cefotaxima, que o doente iniciou. Perante a insatisfatória resposta clínica, foi realizada nova pesquisa de toxina de C. difficile que foi positiva tendo iniciado vancomicina oral. Cumpriu 14 dias de terapêutica com melhoria clínica e o doente teve alta, admitindo DII com sobreinfecção bacteriana. É muito importante ter um alto índice de suspeita clínica na DACD, sobretudo em doentes com fatores de risco. É uma causa de diarreia facilmente tratável, que pode complicar doenças subjacentes.

PO-09-49

COLITE LINFOCÍTICA ASSOCIADA A LANSOPRAZOL, COMO CAUSA DE DIARREIA CRÓNICA

Steeve Rosado, André Gordinho, Rui Valente, Yasmin Mamade, Célia Machado, Francisco Araújo, José Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução A diarreia é um sintoma incómodo na vida diária, mas por vezes incapacitante e com consequências potencialmente graves. O diagnóstico diferencial inclui causa funcional, neoplásica, inflamatória, infecciosa, entre outras. A colite microscópica, subdividida em colite linfocítica e colagenosa, é uma etiologia rara e reconhecida de diarreia. Os autores apresentam um caso de colite linfocítica associada a lansoprazol. Caso Clínico Uma mulher de 63 anos recorreu ao Serviço de Urgência com diarreia com um mês de evolução, de 3-4 dejeções diárias, sem sangue nem muco, associada a perda ponderal. A avaliação laboratorial revelava uma elevação isolada de PCR, sem outras alterações. A radiografia abdominal era normal. Do restante estudo complementar destacava-se uma TC de corpo inteiro sem alterações e uma colonoscopia sem alterações da mucosa. A histopatologia de fragmentos do cólon ascendente e sigmóide, obtidos por biópsia revelaram um infiltrado linfoplasmocitário compatível com colite linfocítica. Após revisão da terapêutica e suspensão de lanzoprazol, houve melhoria clínica rápida, sem recorrência de diarreia e sem necessidade de medidas adicionais. Conclusão A colite microscópica apresenta uma fisiopatologia não totalmente esclarecida, sendo associada a múltiplos factores predisponentes – genéticos, autoimunes, infecciosos e farmacológicos. Neste último grupo, a associação entre o lansoprazol e a colite linfocítica, está bem descrita na literatura. O reconhecimento desta patologia e potencial ligação a fármacos é importante, pela resolução simples dos casos após descontinuação do fármaco em causa, evitando-se falsos diagnósticos de diarreia funcional.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #10

MODERADOR: LUISA GUERREIRO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

PO-10-56

A PNEUMONIA QUE ERA TUBERCULOSE

Cátia Barreiros, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: Embora actualmente a decrescer, a tuberculose ainda é uma doença de incidência intermédia, pelo que devemos tê-la em mente nas hipóteses diagnósticas. Habitualmente o início é insidioso e os sintomas frequentemente inespecíficos, podendo mimetizar várias outras doenças. Caso Clínico: Mulher, 48 anos, telefonista. Fumadora, sem outros antecedentes. Sem medicação habitual. Desde algumas semanas antes sintomas gripais. A 30/Setembro febre, dor torácica pleurítica e tosse seca. Na radiografia (rad) de tórax hipotransparência homogénea no campo pulmonar esquerdo. Medicada com amoxicilina/acido clavulânico que cumpriu 7 dias. Mantém febre pelo que a 09/10 volta à urgência. Emagrecimento de 6 Kg neste último mês. No exame objectivo: emagrecida, febre e crepitações na base pulmonar direita e terço médio do hemitórax esquerdo. Analiticamente: Leucocitose e neutrofilia, PCR elevada, transaminases e enzimas de colestase elevadas. Serologias víricas negativas. Ecografia abdominal com fígado no limite superior da normalidade. TC tórax: consolidação com broncograma aéreo no segmento anterior e lingular do lobo superior do pulmão esquerdo, com áreas de consolidação esparsas em praticamente todos os lobos, compatíveis com disseminação endobrônquica. Considerada inicialmente pneumonia adquirida na comunidade (PAC), colhe hemoculturas, inicia antibioterapia e é internada. Perante a não melhoria, evolução de 1 mês e emagrecimento, foram efectuadas baciloscopias que foram positivas. Instituído tratamento anti-bacilar com melhoria progressiva. Teste de amplificação de ácidos nucleicos e, posteriormente, culturas positivas para Mycobacterium tuberculosis complex. Teste de resistências negativo. Conclusão: Apesar de aparente quadro agudo, a fraca resposta a antibioterapia e o estado geral da doente fizeram suspeitar de tuberculose, provavelmente também com envolvimento hepático. Embora menos provável inicialmente, a tuberculose deverá ser sempre um diagnóstico a considerar.

PO-10-57

QUILOTÓRAX - UMA ETIOLOGIA RARA

Joana Cordeiro e Cunha, Rita Meireles, Andreia do Carmo Lopes, Isabel Trindade, Paula Baptista
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, SERVIÇO DE MEDICINA 2

O quilotórax consiste na acumulação de linfa de origem intestinal no espaço pleural. Ocorre habitualmente por rotura/obstrução do ducto torácico ou obstrução ao fluxo da linfa com extravasamento desta para o espaço pleural. A etiologia mais comum dos quilotóraxes não-traumáticos são as neoplasias, no entanto 5 a 10% dos casos são idiopáticos. Descreve-se o caso de uma mulher de 24 anos, com antecedentes familiares de doença auto-imune e neoplásica, seguida em consulta de Medicina Interna por úlceras orais e genitais recorrentes. Por dispneia e toracalgia, realizou radiografia do tórax que demonstrou hipotransparência sugestiva de derrame pleural esquerdo. A toracocentese revelou líquido pleural de aspecto leitoso, cuja bioquímica permitiu classificar como quilotórax. Não existia história prévia de traumatismo ou cirurgia. Internou-se a doente para estudo etiológico e tratamento. O estudo não foi conclusivo quanto à etiologia, excluindo-se neoplasias primárias ou lesões secundárias, linfangioleiomiomatose, lúpus, tuberculose, sarcoidose, trombose venosa torácica e insuficiência cardíaca. A linfocintigrafia não demonstrou alterações da drenagem linfática. Por falência terapêutica das medidas conservadoras apresentou-se o caso a Cirurgia Cardiotorácica, com posterior realização de laqueação do ducto torácico e pleurodese com talco. Na cirurgia foi identificada uma fuga de linfa da pleura parietal a partir de pequenos vasos linfáticos dilatados; procedeu-se à laqueação dos mesmos, com resolução do derrame. A doente encontra-se assintomática e sem recorrência de derrame pleural onze meses após cirurgia. O quilotórax representa um desafio diagnóstico e terapêutico para os internistas. As linfangiectasias correspondem a dilatação linfática patológica de linfáticos da pleura e/ou dos septos interlobulares. As doenças linfáticas torácicas primárias são incomuns e provavelmente subdiagnosticadas. Este caso relata uma etiologia rara de uma patologia já de si, também rara.

PO-10-63

ABCESSOS PULMONARES SECUNDÁRIOS A TROMBOFLEBITE SÉPTICA

Adriana Santos Silva, Carla Falcão, Vânia Rodrigues, Filipa Cabral Amado, Leonel Pinto, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA I

Introdução: A tromboflebite séptica é caracterizada pela presença de tromboflebite (central ou periférica) e bacteriémia. A sua abordagem depende da estrutura afetada, da etiologia subjacente, do microorganismo envolvido e das comorbilidades do doente. Esta é uma causa rara de abcessos pulmonares, mais

comum em doentes com imunossupressão, desnutridos ou com doença neoplásica, podendo atingir uma taxa de mortalidade de 75%. Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 84 anos, com antecedentes de hipertensão e hiperplasia prostática, internado para estudo de gamapatia monoclonal e metastização óssea. À data da alta, identificada flebite do membro superior esquerdo, tendo sido medicado com Claritromicina para o domicílio. Volta ao Serviço de Urgência 4 dias após a alta, por quadro de febre, recusa alimentar e vómitos. Observada exuberante flebite no membro superior esquerdo e discretas crepitações à auscultação pulmonar. Na radiografia de tórax foi possível identificar várias imagens nodulares pulmonares, bilaterais, fazendo suspeitar de padrão em "largada de balões", em doente com já conhecida metastização óssea. A tomografia confirmou a presença de múltiplas lesões, com localização periférica e conteúdo heterogéneo, sugerindo cavitações, não existentes no estudo imagiológico à data da alta do internamento anterior. Realizadas colheitas para hemoculturas, cultura de expectoração e drenagem de abcesso no punho esquerdo, com isolamento de Staphylococcus aureus meticilino-sensível. Realizado ecocardiograma que não identificou vegetações valvulares. Teve alta contra parecer médico, medicado com Cotrimoxazol, orientado para a consulta externa. Conclusão: Este caso ilustra uma das causas mais raras de abcessos pulmonares, secundária a êmbolos sépticos de tromboflebite, compatível com o padrão periférico das lesões a nível pulmonar.

PO-10-67

PNEUMONIA E PNEUMONIA SEVERITY INDEX 20 (PSI-20): QUANDO INTERNAR?

Carolina Aguiar, Pedro Freitas, Alexandra Malheiro, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, João Sousa, Maria Pestana, Miriam Capelo, Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Em Portugal, a mortalidade por doenças respiratórias constitui a terceira causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares e aos tumores. A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é a maior responsável por este número, exigindo assim um grande consumo de recursos de saúde. Têm sido desenvolvidos índices de predição de prognóstico em doentes com PAC, entre os quais o Pneumonia Severity Index 20 (PSI-20), com o intuito de orientar o médico na decisão sobre o local de tratamento do doente. Objetivos: Avaliar os internamentos por PAC num serviço de Medicina Interna, características demográficas, factores que influenciam a mortalidade e, principalmente, a aplicabilidade do PSI-20 na nossa população. Métodos: Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes internados com o diagnóstico de Pneumonia de Janeiro a Dezembro de 2015 no nosso serviço. Resultados: Dos 484 doentes internados com o diagnóstico de Pneumonia, foram excluídos 231, maioritariamente por serem Pneumonias Nosocomiais ou Pneumonias não confirmadas radiológicamente. Dos 253 selecionados, 59% pertenciam ao sexo feminino e 41% ao sexo masculino, com idade média de 75.3 anos e duração média de internamento de 9.26 dias. A mortalidade foi similar para ambos os sexos, aumentando com a idade e sendo superior para os doentes provenientes de lares/instituições. A distribuição por classes de risco foi: classe I - 6.72%, classe II - 4.35%, classe III - 7.11%, classe IV - 37.15%, classe V - 44.66%. A mortalidade na nossa amostra foi próxima ao limite superior dos intervalos previstos pelo PSI-20. A antibioterapia inicial foi empírica, sendo maioritariamente em associação. Conclusões: As escalas de estratificação de risco apresentam-se como uma mais valia na prática clínica atual, sendo o PSI-20 aplicável à nossa população. Assim, de acordo com as recomendações de internamento, a maioria dos doentes das classes I, II e III poderia ter sido tratada em ambulatório.

PO-10-70

HEMOPTISES - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Aissato Abdu Cassama, Joana Braga, Sheila Coelho, Manuel Carvalho,
HOSPITAL AMATO LUSITANO -CASTELO-BRANCO

Introdução: A hemoptise, definida como perda de sangue pela boca proveniente das vias aéreas inferiores, pode ser manifestação de variadas patologias, constituindo a tuberculose (activa ou sequelas), as bronquiectasias e a neoplasia pulmonar as suas principais etiologias no adulto. . Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente de 30 anos, ex-fumador e com antecedentes de tuberculose pulmonar há 5 anos, tratada. Recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises de médio volume, após episódios prévios de expetoração hemoptoica com cerca de uma semana de evolução. Sem sinais de compromisso ventilatório ou hemodinâmico, sem anemia ou coagulopatia. Baciloscopias de secreções brônquicas negativas. A telerradiografia do tórax revelou hipotransparência no ápice direito. Foi internado para investigação e tratamento. A TC torácica revelou áreas de densificação em vidro despolido associadas a estrias fibróticas residuais no lobo superior direito. A broncofibroscopia mostrou vestígios hemáticos dispersos, sem hemorragia activa. Efetuou angiografia pulmonar, que revelou uma fístula arterio-arterial complexa de alto débito, entre ramos de tronco tireo-costo-cervical direito e de artéria pulmonar lobar superior direita, ficando programada embolização arterial. Contudo, ocorreu entretanto novo episódio de hemoptises de médio volume, associado a repercussão hematológica, pelo que foi transferido para Unidade de Cuidados Intermédios, e efetuou embolização da referida fístula com agente líquido (Onyx®), em 2 tempos, demonstrando-se exclusão quase completa do nidus vascular. Verificou-se resolução completa da sintomatologia Discussão: A terapêutica conservadora permite o controlo das hemoptises na maior parte dos casos. A embolização arterial tem sido uma técnica mais utilizada e com eficácia comprovada no controlo da hemorragia. Este caso permite ilustrar a importância da abordagem diagnóstica e terapêutica atempadas e a eficácia da embolização arterial´.

SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II **LCD #10**

MODERADOR: RUI MOÇO

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

PO-10-20

AGRANULOCITOSE COM PLASMOCITOSE MEDULAR INDUZIDA POR TIAMAZOL

Carolina Vidal 1,2, Andreia Moreira 3, António Fontes 2, Humberto Costa 2, Cristina Fraga 3
1 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, 2SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, 3 SERVIÇO DE HEMATOLOGIA DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Introdução: A agranulocitose induzida por tiamazol é incomum (0,1 a 0,5%), quando acompanhada de plasmocitose medular constitui um evento ainda mais raro. Os autores descrevem um caso de agranulocitose com plasmocitose medular após tiamazol. Caso clínico: Mulher, 39 anos, chinesa, residente em Portugal há 7 anos, medicada com tiamazol 30 mg/dia há cerca de um mês, por Doença de Graves. Hemograma prévio sem alterações. Admitida com quadro de amigdalite bacteriana e febre (40ºC). Analiticamente com pancitopénia (Hb: 6,9 g/dL, neutrófilos: 100/uL, Plaquetas: 13 000/uL), com elevação de marcadores inflamatórios, sem disfunção hepática. Iniciou piperacilina+tazobactan, filgrastim e hidrocortisona, mas com fraca recuperação hematológica, necessitando de múltiplas transfusões de glóbulos vermelhos e plaquetas. Manteve febre e dificuldade respiratória progressiva. Tomografia computorizada torácica com vários nódulos pulmonares (maior com 3,4 x 3 cm). Medulograma e citometria com evidência de hipoplasia e plasmocitose (9,5 % de plasmócitos, com fenótipo normal). Eletroforese das proteínas com pico monoclonal gama. O estudo do genótipo revelou positividade para o alelo HLA-BRB1*15 (predisposição para aplasia medular). Foram detetados anticorpos antiplaquetários e anti-tiamazol. Todos os exames culturais foram negativos, excepto Aspergilus spp na expetoração. HIV e HCV negativos, imune a HBV pós-infeção. Apesar do escalonamento terapêutico com piperacilina+tazobactan, vancomicina, aciclovir, lamivudina e caspofungina a doente entrou em falência respiratória, foi admitida em Medicina Intensiva em choque séptico com ponto de partida respiratório, acabando por falecer após 13 dias de internamento hospitalar. Conclusão: A agranulocitose é um evento raro, mas constitui uma complicação grave da terapêutica com tionamidas. A particularidade deste caso prende-se com o fato de a agranulocitose se acompanhar de plasmocitose medular, constituindo um caso raro.

PO-10-27

UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL

Joana Rodrigues, Joana Dinis, Alexandra Coimbra, Jorge Prazeres, Anabela Oliveira, Fernanda Mendes
HOSPITAL DE SANTA MARIA; MEDICINA I C

Introdução: A leucemia mielóide crónica (LMC) é uma doença mieloproliferativa caracterizada pela translocação entre os cromossomas 9 e 22 que resulta na ativação constitutiva da proteína de fusão bcr-abl com atividade de tirosina quinase. A terapêutica baseia-se nos inibidores da tirosina-quinase, como o imatinib. Estes fármacos permitiram o aumento das taxas de sobrevida, mas não são isentos de efeitos secundários. Caso clínico: Homem, 55 anos, com antecedentes de LMC, sob Imatinib desde há 4 meses; doença renal poliquística do adulto em hemodiálise; nefrectomia direita e infecções do trato urinário de repetição. O doente foi internado por sépsis de ponto de partida urinário, tendo cumprido antibioterapia com boa resposta. Contudo, manteve dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores, apresentando observação pulmonar compatível com derrame pleural (DP). A radiografia de tórax e a Tomografia Computorizada torácica confirmaram a presença de DP bilateral extenso. Foi realizada toracocentese com saída de 1,6 L de líquido seroso, compatível com exsudado, sem células neoplásicas, com bacteriologia e pesquisa de micobactérias negativas. O ecocardiograma não mostrou alterações, a função tiroideia era normal, o estudo de autoimunidade foi negativo, sem isolamentos nos exames culturais e com pesquisa de micobactérias negativa. Poucos dias após realização da toracocentese, verificou-se recorrência do DP. Foi adimitida a hipótese de DP secundário ao Imatinib, pelo que este fármaco foi suspenso e foi iniciada terapêutica com prednisolona com resolução do quadro. Manteve-se sob corticoterapia, sem evidência de recidiva do DP ou agravamento hematológico. Conclusão: O DP secundário ao Imatinib é uma entidade rara, sendo um diagnóstico de exclusão, mas cuja hipótese deve ser considerada nestes casos, dado que o seu diagnóstico obriga à suspensão do fármaco e ao início de corticoterapia.

PO-10-53

TROMBOSE VENOSA JUGULAR: QUANDO A INFECÇÃO SE ALIA À PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA

Priscila Diaz, Natália Fernandes
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A trombose da veia jugular interna é um fenómeno raro, com potenciais complicações graves. São vários os factores predisponentes, desde trauma e infecção a síndromes paraneoplásicos. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 39 anos, leucodérmica, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por odinofagia e omalgia esquerda com 3 dias de evolução, associadas a tumefacção cervical anterior ipsilateral. Estava já medicada com amoxicilina e ácido clavulânico por amigdalite. Negava febre, disfagia, traumatismo local, hábitos alcoólicos, tabágicos e consumo de drogas endovenosas. Ao exame objectivo à admissão: edema e discreto rubor ao nível de região cervical anterior e esquerda e supraclavicular. Orofaringe: ruborizada, hipertrofia amigdalina, sem exsudados. Analiticamente discreta leucocitose e PCR 8.0 mg/dl. Realizou TC cervical que revelou aumento de volume das partes moles cervicais esquerdas, sugerindo a presença de celulite. Veia jugular interna esquerda praticamente sem contraste iodado, na metade inferior do pescoço, sugerindo trombose. O ecodoppler confirmou trombose aguda/subguda oclusiva da veia jugular interna esquerda englobando inferiormente o tronco braquicefálico esquerdo e com extensão alta até á base do crânio. Foi admitida no Serviço de Medicina Interna, medicada com heparina de baixo peso molecular, mantendo antibioterapia até completar 7 dias. Do estudo das trombofilias a destacar: Resistência à Proteína C Activada, Factor V de Leiden - índice 1.0 (> 1.5). O estudo genético revelou que doente é portadora da mutação R506Q do gene FV em heterozigotia, o qual constitui um factor trombofílico major, condicionando um risco cerca de 7 vezes superior de tromboembolismo quando em heterozigotia. O diagnóstico adequado deste tipo de situações implica um elevado grau de suspeição clínica e um estudo complementar adequado, possibilitando a prevenção de complicações potencialmente fatais.

PO-10-54

FRATURA ÓSSEA REVELADORA

Diana Abreu, Isabel Caballero, Pedro Lito, Anastasiia Ilchenko, José Proença, Artur Gama
HOSPITAL PÊRO DA COVILHÃ, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1

Objetivos: Os autores apresentam o caso singular dum evento traumático que revela uma patologia relativamente incomum. Métodos: Homem caucasiano de 76 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial e hábitos etanólicos, sem antecedentes medicamentosos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por episódio de lipotimia no domicílio, com queda e consequente fratura do maléolo externo do membro inferior direito. Do exame objetivo no SU salientam-se palidez cutânea, e a ausência de défices neurológicos focais. Foi constatada anemia megaloblástica grave, com valores de hemoglobina de 5 g/dL (13,6 – 18). Realizou transfusão de 2 unidades de concentrado de eritrócitos e foi internado no Serviço de Medicina Interna. Resultados: Dos exames complementares de diagnóstico realizados salientam-se: vitamina B12 < 50 pg/mL (197 - 771), ácido fólico 7,4 ng/mL (4,6 – 18,7), ferro 73 ug/dL (70 – 180), transferrina 145 mg/dL (200 – 360), anticorpo anti-fator intrínseco e anticorpo anti-células parietais positivos; Endoscopia digestiva alta: atrofia difusa da mucosa gástrica, pólipos sésseis na grande curvatura do corpo gástrico. Fez terapêutica com vitamina B12, ácido fólico e ferro. Verificou-se aumento progressivo dos valores de hemoglobina ao longo do internamento, sem necessidade transfusional adicional. Sem registo de complicações associadas a anemia. Conclusões: Existem várias causas para o défice de vitamina B12 (desde alterações da absorção ao metabolismo), neste caso salientam-se: atrofia da mucosa gástrica e o componente autoimune – anticorpo anti-fator intrínseco e anticorpo anti-células parietais positivos. A anemia perniciosa é classicamente definida pela ausência de produção de fator intrínseco pelas células parietais, com o componente autoimune associado. A importância do diagnóstico consiste na prevenção/tratamento da morbilidade consequente da anemia, dos défices neurológicos e da predisposição para determinados tipos de neoplasias malignas.

PO-10-55

PANCITOPENIA, A MESMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DUAS DOENÇAS DISTINTAS.

David Garcia, Isabel Silva, João Carlos Silva, Rosário Araújo
HOSPITAL DE BRAGA, MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A pancitopenia é geralmente devida a doenças que afetam a medula óssea ou a destruição periférica, sendo que a investigação etiológica nem sempre é simples e rápida. OBJECTIVO: Apresentar dois casos que se apresentaram com pancitopenia. MÉTODO: Revisão dois casos clínicos. RESULTADO: Homem, 67A com antecedentes (AP) de dislipidemia, hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 e cardiopatia isquémica referenciado à urgência (SU) por anorexia e astenia associada a dispneia para pequenos esforços. Sem perda ponderal. Da investigação analítica inicial destaca-se pancitopenia com Hg 6.3g/dL, anisocitose, microcitose, policromatofilia e 5% de linfócitos atípicos. Ao exame físico (EO) apenas de registo a palidez cutânea. Realizado TC-TAP sem alterações. Mielograma(MG) com alguns plasmócitos, sem blastos nem megacariócitos. Evolução com necessidade de suporte transfusional de GR e clinica hemorrágica. Biopsia óssea(BO) mostra acentuada hipoplasia medular trilinear, com tecido gorduroso com medula compatível com aplasia medular sendo referenciado a Oncologia médica para seguimento. Homem, 87A com AP de HTA e insuficiência cardíaca admitido ao SU por episódios de tonturas associado a mal-estar, dispneia e edema periférico. Da investigação analitica destaca-se pancitopenia com Hg de 4.4g/dL com Pcreat 1.6mg/dL, ionograma, transaminases e bilirrubinas sem alterações. Ao EO palidez cutânea e edema periférico. Realizado TC-TAP sem alterações. Do alargamento do estudo analítico que foi negatico, expecção de Vitamina B12 e acido fólico aumentados e B2 microglobulina de 4097. Realizou MG, BO com imunofenotipagem e estudo genético que conclui tratar se de uma leucemia mieloide aguda provavelmente secundária a síndrome mielodisplasico. CONCLUSÃO: A pancitopenia foi a forma de apresentação nos dois casos mas o

diagnóstico final é bem distinto, sendo um doente orientado para tratamento de suporte e outro para tentativa de tratamento curativo.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #11

MODERADOR: LUISA REBOCHO

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)

PO-11-55

NEUROSSÍFILIS: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO NUMA UNIDADE DE AVC?

João Barata, Cláudia Tatá, Rui Matono, Luísa Rebocho
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, ÉVORA, E.P.E.

Introdução: Neurossífilis refere-se a uma infecção do líquido céfalo-raquidiano (LCR) pelo agente Treponema pallidum. Pode haver envolvimento do LCR, meníngeo ou vascular, com as apresentações clínicas a variarem com a localização envolvida, podendo mimetizar quadros de acidente vascular cerebral (AVC) ou de distúrbio psiquiátrico, por exemplo. Com a facilidade de acesso a terapêutica antibiótica, a maioria dos casos de neurossífilis reportam-se a doentes imunocomprometidos. O teste laboratorial comumente utilizado no seu diagnóstico é o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) no LCR. Caso clínico: Homem, de 39 anos, com antecedentes de tabagismo, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro súbito de hipostesia da hemiface direita, parésia facial periférica direita, parésia dos membros superior e inferior direitos e disartria; estudo imagiológico e analítico em contexto de urgência sem alterações, tendo ficado internado na Unidade de AVC. Prosseguiu estudo etiológico: ressonância magnética, Doppler transcarotídeo/transcraneano e Ecocardiograma sem alterações; laboratorialmente sem alterações, nomedamente VDRL negativo no sangue. Por persistência das alterações ao exame objectivo, realizou punção lombar, que revelou VDRL positivo. Iniciou terapêutica adequada para Neurossífilis com boa evolução clínica. Efectuou controlo posterior, com pesquisas de VDRL no LCR e no sangue negativas Conclusão: O diagnóstico de Neurossífilis deve constar do estudo etiológico do AVC em doente jovem. No entanto, este caso vem demonstrar que o teste VDRL pode apresentar falsos negativos, que se podem explicar pelo efeito prozona e, que eventualmente, podem constituir um atraso no diagnóstico. Manter um elevado índice de suspeição clínica é essencial para ultrapassar as insuficiências dos testes laboratoriais disponíveis e estabelecer o diagnóstico correcto rapidamente.

PO-11-60

NEOPLASIA E AVC: A SUA RELAÇÃO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Fani Ribeiro, Raquel Cruz, Filipa Sousa, Margarida Cruz, Inês Zão, Rafaela Araujo, Gorete Jesus
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Neoplasias e acidentes vasculares cerebrais isquémicos (AVCi) são comuns e têm grande impacto na morbi-mortalidade. A sua relação é complexa. Uma vez que as neoplasias podem ter um papel importante na fisiopatologia do AVCi, o objetivo deste estudo foi determinar as diferenças entre doentes com AVC, com e sem neoplasia ativa. Material e métodos: Identificaram-se todos os doentes com o diagnóstico de AVCi internados no Serviço de Medicina de 2011 a 2015, selecionando-se os com neoplasia maligna ativa. Através do Sistema de Apoio ao Médico e Plataforma de Dados da Saúde identificou-se o tipo de neoplasia. A idade, género, etiologia do AVC, fatores de risco cerebrovasculares (FRCV), terapêutica antitrombótica e morte decorrente do AVCi foram comparados com um grupo controlo, sem neoplasia, selecionado da amostra inicial. A análise e o tratamento de dados foram realizados através de Excel e SPSS. Resultados: Obteve-se um total de 1036 doentes, 86 com neoplasia. As neoplasias mais prevalentes foram colorretais, prostáticas e esófago-gástricas. A média de idades foi de 79.2 anos e no grupo controlo de 82.7 anos. O género masculino foi significativamente mais frequente (P<0.001), assim como o tabagismo (P<0.05) e a hipocoagulação (P<0.01). FRCV como fibrilhação auricular, dislipidemia, diabetes tipo 2, aterosclerose carotídea e obesidade foram mais frequentes nos doentes sem neoplasia. Não houve diferença de mortalidade atribuída ao evento isquémico nos dois grupos. Conclusão: Os doentes com neoplasia ativa eram predominantemente do sexo masculino, sendo as neoplasias mais prevalentes neste estudo mais comuns neste género. O tabagismo sendo um importante FRCV, é igualmente um fator de risco para neoplasia. Em todos os doentes analisados, os FRCV assumem uma importância etiológica fundamental, sendo essencial o seu controlo. Apesar de vários estudos apontarem para uma possível relação entre neoplasia e AVCi, esta não pode ser concluída nesta análise.

PO-11-64

CISPLATINA E HIPOMAGNESÉMIA: CAUSAS RARAS DE AVC A CONSIDERAR

João Teles Carvalho, Cristina Rosado, Rui Matos, Ana Santo António, Joana Alfarelos, Amaral Canelas, Villa de Brito
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - HOSPITAL DE SÃO BERNARDO: SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A doença neoplásica implica um aumento do risco de eventos tromboembólicos, como a Trombose venosa profunda, a Embolia pulmonar, o Enfarte agudo do miocárdio e o Acidente vascular cerebral (AVC), sendo menos comum o involvimento arterial. Por outro lado, o tratamento com Quimioterapia (QT), aumenta sinergicamente o risco de eventos vasculares, sendo vários os processos patofisiológicos, como o estado de hipercoaguabilidade, os efeitos tóxicos directos sobre o endotélio, a hipomagnesémia, entre outros. O magnésio tem um papel fundamental na manutenção do tónus da parede vascular, podendo o seu défice resultar em espasmo arterial. Os autores apresentam um caso de um homem de 45 anos com história de tabagismo e Neoplasia do testículo submetida a orquidectomia, com início de sessão de QT 7 dias previamente ao internamento, com hipótese diagnóstica de AVC isquémico agudo. Á observação da entrada salientava-se disartria e desequilíbrio para a marcha. Foi realizada TAC-CE e posteriormente RM-CE que revelaram imagens sugestivas de lesões isquémicas agudas com acometimento do hemisférico cerebeloso direito. Na avaliação analítica, destaque para leucopénia, trombocitopénia e hipomagnesémia, esta última refractária á terapêutica de correcção. Do restante estudo complementar realizado, com ecocardiograma transtorácico dentro dos parâmetros normais e ecocardiograma transesofágico sem evidência de fontes embólicas. O estudo Doppler transcraneano e do vasos do pescoço não revelou lesões de carácter estenosante e o registo Holter não revelou arritmias significativas. Estamos perante um caso raro de provável complicação da terapêutica com Cisplatina, com evento cerebrovascular associado a hipomagnesémia. Estão descritos pouco casos na literatura, com predomínio de doentes jovens com poucos ou nenhuns factores de risco cardiovascular, em que o quadro clínico surge maioritariamente nos primeiros 10 dias após ciclo de QT.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #11

MODERADOR: IRENE CUNHA

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS

PO-11-69

PADRÃO DE PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Sofia Nóbrega, Luís Ramos dos Santos, Dina Santos, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objectivos: A hemorragia digestiva alta (HDA) nosocomial está associada a morbimortalidade ocorrendo normalmente por úlceras de "stress" em doentes em Unidades de Cuidados Intensivos, sob ventilação mecânica e com coagulopatia. Surgem assim os inibidores da bomba de protões (IBP), efectivos na profilaxia da HDA nestes doentes contudo o seu uso não pode ser indiscriminado. Este estudo pretende analisar a prescrição de IBP numa Unidade de Cuidados

Intermédios Médicos (UCIM) onde se encontram doentes com maior gravidade que na enfermaria, mas sem necessidade de ventilação mecânica, observando suas indicações e implicações. Métodos: Estudo observacional prospectivo de doentes admitidos numa UCIM a cargo da Medicina Interna num período de 3 meses, com consulta dos processos clínicos e registo de dados demográficos, antecedentes, motivo de admissão e terapêutica de ambulatório/internamento. Definiram-se critérios de adequação de prescrição de IBP no internamento: doença de refluxo gastroesofágico, doença ulcerosa péptica, erradicação de Helicobacter pylori, síndrome de Zollinger-Ellison, dispépsia funcional, prevenção de HDA no contexto de anti-inflamatórios não esteróides ou antiagregação. Resultado: Foram admitidos 26 doentes, com idade média de 57 anos. O principal motivo de admissão foi a pneumonia (42.3% dos casos). Apenas 4 doentes (15.4%) efectuavam terapêutica com IBP no ambulatório, 75% dos quais sem indicação. Durante a admissão/internamento na UCIM, foram prescritos IBP a 18 doentes (69.2%), sendo que em 77.8% (14 doentes) desses não havia indicação. Nos restantes 4 doentes, o principal motivo de prescrição foi a doença ulcerosa péptica. Dos 14 doentes submetidos a terapêutica com IBP sem indicação, 42.9% apresentavam entre 4-6 comorbilidades à entrada, passando para 57.1% à saída da UCIM. Não ocorreram HDA. Conclusões: A prescrição de IBP nas UCIM deve ser criteriosa, com revisão da necessidade de profilaxia de HDA para redução de custos e morbimortalidade.

PO-11-72

ANEMIA HEMOLÍTICA POR DÉFICE DE GLICOSE-6-FOSFATO-DESIDROGENASE - UM CASO CLINICO

Ana João Pissarra, Rui Morais, Ricardo Marques, Patricia Vicente, Carolina N. Gouveia, Vítor Batalha, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - SERVIÇO DE MEDICINA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

INTRODUÇÃO: A deficiência da enzima glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD), doença ligada ao X, é o distúrbio enzimático dos eritrócitos mais comum, afetando 200-400 milhões de pessoas no mundo. Pode ser assintomática ou manifestar-se sob a forma de anemia hemolítica, sendo a hemólise desencadeada por infecções, alterações metabólicas, fármacos ou alimentos. CASO CLÍNICO: Homem de 58 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e etanolismo crónico. Recorreu à urgência por prostração e tonturas. Objectivada icterícia, desidratação, estigmas de doença hepática e abdómen difusamente doloroso à palpação. Analiticamente: hemoglobina (Hb) 6.9g/dL, VGM 112, haptoglobina <8, bilirrubina total 14, direta 1.02 e indireta 13 mg/dL, glicémia 734 mg/dL, cetonúria +, pH 7.22, pCO2 30, HCO3 14 mEq/L, lactato 2. Teste de coombs direto e indireto negativos. Ecografia abdominal compatível com pancreatite crónica. Internado na Unidade de Cuidados Intermédios por anemia hemolítica de etiologia a esclarecer e cetoacidose diabética. Ao 4º dia de internamento houve alteração do estado de consciência, acompanhado de dessaturação e hipotensão com necessidade de ventilação invasiva e suporte inotrópico tendo sido transferido para os Cuidados Intensivos. Tomografia crânio-encefálica e electroencefalograma sem alterações. Verificou-se subida gradual da Hb para 11.3g/dL sem necessidade de suporte transfusional. Do estudo da anemia hemolítica foi objectivado défice G6PD, tendo-se admitido como causa desencadeante a cetoacidose diabética. CONCLUSÃO: Os episódios de anemia hemolítica por défice de G6PD são habitualmente auto-limitados necessitando apenas de suporte transfusional em casos de hemólise grave ou anemia sintomática. Com este caso clínico pretende-se alertar para o facto desta doença ser parte do diagnóstico diferencial num episódio de anemia hemolítica não-imune, sobretudo se existirem dados da anamnese, clínicos ou laboratoriais suspeitos.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II **LCD #12**

MODERADOR: MARIA RAMALLO

MEDICINA GERIÁTRICA

PO-12-52

SCORE PREDITIVO DE RISCO DE INSUFICIÊNCIA RENAL E MORTALIDADE EM DOENTES COM RABDOMIÓLISE

Maria Inês Mendes, Inês Figueiredo, Sara Guerreiro Castro, Francisco Guilherme Magalhães, Ana Margarida Antunes, Heidi Gruner, António Panarra
CHLC - HOSPITAL DE CURRY CABRAL, S. MEDICINA 7.2

Introdução:A rabdomiólise é uma síndrome clinicolaboratorial frequente e pode evoluir de assintomática a lesão renal (LR) e morte. A identificação precoce de doentes com maior probabilidade de complicações, mediante scores de risco é essencial. O score preditivo de risco (McMahon 2013) baseia-se: idade, etiologia, fosfato, cálcio, bicarbonato, troponina e creatina cinase (CK). Prediz a necessidade de terapêutica renal substituição e mortalidade intra-hospitalar. Objectivos:Avaliar a mortalidade de doentes com rabdomiólise segundo a idade, comorbilidades pelo Score de Charlson (Sch) e score McMahon. Material e métodos: Estudo retrospectivo com consulta do processo clínico de doentes com rabdomiólise(ICD9), internados em medicina em Hospital de Jan/11 a Dez/12. Foram caracterizados segundo idade, sexo, demora média, SCh, etiologia, score McMahon, LR e mortalidade. Resultados:Dos 7441 doentes internados, 145(1,9%) tinham rabdomiólise, 71(49%) homens, idade média:80,4±13anos, demora média:14,9±20dias e SCh médio:4,6±1. Destaca-se da etiologia:queda 44.9% e infecção 27.6%. Analiticamente sem doseamento de fosfato49.7%, cálcio29.7% e bicarbonato62.8%. Quase metade,49% teve LR, com mortalidade 11,8%. Houve relações distintas nos géneros entre troponinas e SCh (615, p<.01): homens correlação positiva (r=976, p<.001); mulheres, correlação inversa (r=-.379, p>.05). Houve correlação tanto da idade como do SCh: positiva com a mortalidade (r=.268, p<.01 sobretudo nos homens(r= .314, p<.01))e(r=.257, p<.05); inversa com o CK (r=-.349, p<.01) (r=-270, p<.05). Discussão: Assim nesta amostra de pequenas dimensões, o aumento da idade associa-se a aumento das comorbilidades (SCh) e maior mortalidade, encontrando-se valores de CK mais baixos a motivar o internamento. O Score de risco preditivo não foi aplicado por ausência de dados laboratoriais, simples de pedir em contexto de urgência. Já a mioglobina que é pedida não se justifica porque o seu metabolismo varia de forma não linear.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II **LCD #12**

MODERADORES: MARIA RAMALLO

OUTROS

PO-12-56

ESCLEROSE TUBEROSA - UM CASO TÍPICO

Maria Margarida Robalo, Joana Sotto Mayor, Ana Paula Pacheco, Sofia Esperança
HOSPITAL DE BRAGA

Homem, 34 anos. Seguido em Consulta de Dermatologia por lesões nodulares na região lombar e coxa direita. Realizou biópsia de uma lesão na região da coxa direita; histologia - pilomatrixoma. Perante estes achados e considerados os antecedentes de atraso de desenvolvimento psicomotor/défice cognitivo, epilepsia na infância, diplopia e história familiar de irmão com Esclerose Tuberosa (ET), o doente foi referenciado à Consulta de Medicina Interna para despiste da doença e possível envolvimento sistémico. Ao exame objetivo, salientavam-se múltiplas efélides dispersas pela face e tronco, bem como manchas hipopigmentadas no dorso das mãos, pele ruborizada e várias lesões nodulares e papulares na região lombar e couro cabeludo. Realizou TAC-CE - numerosos nódulos subependimários calcificados, no contexto de esclerose tuberosa; EEG - sem atividade epileptiforme; ECG - perturbação da condução intraventricular direita; ecocardiograma normal; TAC torácica - sem formações nodulares aparentes no parênquima pulmonar; ecografia abdominal - múltiplas calcificações no fígado e rins. Foi pedido estudo molecular de ET que revelou

uma mutação no gene TSC1, interpretada como muito provavelmente causal/ patogénica. A ET é uma doença genética de hereditariedade autossómica dominante, sendo os genes implicados o TSC1 e TSC2. Caracteriza-se por envolvimento cutâneo (manchas hipocrómicas, angiofibromas faciais, placas de shagreen e fibromas ungueais), cerebral (cortical, nódulos subependimários, astrocitomas de células gigantes, convulsões [60%], atraso desenvolvimento/défice cognitivo [50%]), renal (angiomiolipomas, quistos, carcinoma de células renais), cardíaco e pulmonar. Recomenda-se vigilância regular com avaliação cutânea, oftalmológica, EEG se existir/suspeitar de epilepsia, RMN renal para rastreio de angiomiolipomas, e avaliação cognitivo-comportamental se surgirem alterações. Dever-se-á realizar avaliação pulmonar se surgirem sintomas respiratórios.

PO-12-57

ESTADO DE MAL NÃO CONVULSIVO: ESTUDO RETROSPETIVO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Tiago Fernandes, Fátima Silva, Filipe Correia, Luísa Guerreiro
HOSPITAL PEDRO HISPANO

Introdução: O estado de mal não convulsivo (EMNC) é caracterizado por uma alteração do estado de consciência, sem sinais motores major, associado a descargas epileptiformes no eletroencefalograma (EEG). A variabilidade da apresentação clínica condiciona muitas vezes o diagnóstico e tratamento tardio. Objetivo: Avaliar a prevalência, características clínicas, fatores de risco, tratamento e mortalidade do EMNC numa unidade de cuidados intermédios. Métodos: Informação colhida retrospetivamente dos processos clínicos de doentes internados com patologias frequentemente associadas a EMNC, entre 2011 e 2015. O diagnóstico de EMNC foi considerado pela clínica e as alterações típicas no EEG sendo estabelecido após resposta sintomática e eletroencefalográfica ao tratamento antiepiléptico. Resultados: Foram identificados 25 casos num total de 4781 admissões. A apresentação clínica foi variada: estado confusional, flutuação do estado de consciência, pós-ictal prolongado, afasia ou coma. Os sinais motores minor estiveram presentes em 12 casos e os movimentos oculares anormais em 6. A doença cerebrovascular foi o fator de risco mais frequente. Outros fatores de risco foram: a infeção do sistema nervoso central, o traumatismo crânio-encefálico, os desequilíbrios iónicos, a intoxicação, antecedentes de epilepsia e o incumprimento da terapêutica antiepiléptica. Todos os doentes receberam medicação antiepiléptica (maioria fez levetiracetam) com melhoria em 23 dos casos. A taxa de mortalidade foi de 12%. Conclusão: O EMNC é surpreendentemente mais frequente do que é descrito e deve ser considerado em casos de alteração do estado de consciência de etiologia indeterminada. A presença de sinais motores subtis e de movimentos oculares anormais em doentes com fatores de risco deverão levantar a suspeita clínica desta entidade. Considerando que a mortalidade nestes casos não é desprezível, os autores alertam para a necessidade do diagnóstico precoce e da monitorização eletroencefalográfica.

PO-12-69

SINALIZAÇÃO À REDE NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

Soares M,Almeida A, Zeferino S.,Pinto I., Gonçalves M.,Temudo A., Brito.B, Costa E.,Félix O., Marques S., Pinheiro F.,, Raposo M., Lynce A., Gaspar A.
CENTR

A rede nacional cuidados continuados integrados foi criada em 2006, desempenhando as Equipas de Gestão de Alta (EGA) Hospitalares, que integram médicos, enfermeiros e asistentes sociais, um papel fulcral na sinalização dos doentes. Material e Métodos: Análise dos doentes sinalizados (DS) entre 2012 a 2015, a partir da Base de dados Gestcare CCI, Sonho e Registos internos da EGA. Avaliámos evolução de: DS,% de DS idade >/=65 e <65anos, Óbitos, Admissões, Episódios cancelados, Nº dias de protelamento de alta e foi efetuada análise estatística descritiva. Resultados: Aumento de 290 (56%) de DS, de 517 em 2012 para 807 em 2015. A sinalização até 10 dias após admissão hospitalar foi cumprida, constatando-se que foi de 146 (28,2% dos DS) em 2012 e 299 (37% dos DS) em 2015. Existe melhoria nos serviços de Medicina e Ortopedia, havendo dificuldade em cumprir a meta nas Cirurgia. Mantém-se proporção de 81% doentes >65 anos. A % de Óbitos tem-se mantido constante, 23% dos DS. Em relação a episódios cancelados (pela EGA ou pela Equipa coordenadora local), após um aumento entre 2012 e 2014 de 29% para 36,5% dos DS, verificou-se descida para 27% em 2015, o que sugere maior adequação nas referenciações à Rede. A % de doentes admitidos mantem a proporção em relação aos sinalizados: 34%. Na análise estatística dos protelamentos de alta em 2015 verificou-se que 137 doentes tiveram alta clinica com processo pendente na Rede, implicando 4.301 dias de internamento inadequado, o que corresponde a uma média de 31,4 dias/doente; constatamos que foram poupados 1.100 dias, por soluções alternativas que viabilizaram a alta hospitalar. Conclusão: No nosso Centro Hospitalar os DS são predominantemente idosos, verificando-se um incremento da sinalização por parte das equipas de saúde que põe á prova a capacidade da RNCCI. Será necessário o empenho de toda a sociedade na resolução, após a hospitalização, das carências do idoso e do doente crónico, em crescimento exponencial na atualidade.

SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #12

MODERADOR: SOUSA SANTOS

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES

PO-12-01

SÍNDROME ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDICO - CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA HOSPITALAR

Joana Malheiro, Claudia Costa, Clara Coelho, Carina Silva, Paula Ferreira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O síndrome anticorpo antifosfolipídico (SAF) é uma doença sistémica, auto-imune, caracterizada por manifestações clínicas que incluem trombose vascular (arterial e/ou venosa) e/ou morbilidade gestacional (morte fetal, parto prematuro, abortos espontâneos recorrentes) associadas à presença de anticorpos antifosfolípidos. Os autores apresentam uma revisão retrospectiva de 23 doentes com síndrome antifosfolípidico seguidos em consulta de Doenças Auto-Imunes. Foram estudados 23 casos de doentes com SAF, 18 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A média de idade da série foi de 54,87 anos (25-88 anos) e a média de idade na altura do diagnóstico foi de 49,04 anos (20 – 85). Relativamente às manifestações clínicas registaram-se 12 eventos trombóticos venosos (5 casos de tromboembolismo pulmonar, 4 de trombose venosa profunda, 2 casos de trombose dos seios venosos e 1 caso de tromboflebites de repetição), 11 eventos trombóticos arteriais (4 casos de acidente vascular cerebral, 1 caso de acidente isquémico transitório, 3 casos de isquemia aguda dos membros inferiores, 2 eventos de isquemia do miocárdio e 1 episódio de trombose da artéria retiniana) e 2 casos de morbilidade gestacional (1 caso de abortos de repetição e 1 caso de morte fetal inexplicada com mais de 10 semanas de gestação). Os resultados analíticos mostraram anticorpos anticardiolipina e anticoagulante lúpico positivos em 16 doentes (69.6%) e anti-B2-glicoproteína 1 em 13 doentes (56.5%). Dos 23 casos reportados, 13 correspondiam a SAF primário e 10 a SAF secundário sendo o lupus eritematoso sistémico (LES) a patologia auto-imune subjacente mais frequente (9 casos). Após inicio de terapêutica anticoagulante não foram documentados novos eventos trombóticos.

PO-12-17

LINFOHISTIOCITOSE HEMAFAGOCÍTICA SECUN-DÁRIA

Rodrigo Valido, Joana Rosa Martins, Filipe Filipe, Inês Barreto, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

A Linfohistiocitose Hemafagocítica é uma condição rara e agressiva que reflete uma ativação imune excessiva. Pode ser primária se associada a mutação genética predisponente ou secundária sem relação com qualquer mutação. Os

autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 79 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. A doença atual remonta há cerca de um mês, quando iniciou um quadro marcado por anorexia, astenia, fadiga, arrepios, perda ponderal e vómitos esporádicos. À observação destacava-se: quadro febril e nódulos palpáveis, indolores, mas móveis em região cervical posterior, bilateralmente. O restante exame não revelava alterações. Da avaliação laboratorial destaca-se pancitopenia, LDH 2.911 U/L, Ferritina 91.585 ng/mL; Triglicerídeos 505 mg/dL, Beta 2-microglobulina 13.9, Fibrinogénio 22 mg/dL e PCR 2.5 mg/dL. O mielograma revelou hemafagocitose na medula óssea, diseritropoiese e dismegacariopoiese, aumento de macrófagos e 8% plasmócitos. Por serem preenchidos 5 dos 8 critérios exigidos, admitiu-se o diagnóstico de Linfohistiocitose Hemafagocítica secundária tendo iniciado terapêutica sequencial com antibioterapia empírica e metilprednisolona. Dos restantes ECD's: IGRA positivo e carga viral do EBV de 8565, sendo a restante serologia pesquisada negativa. A TC TAP revelou pequenas adenopatias supra-claviculares, mediastínicas e inguinais. Biópsia ganglionar revelou eritrofagocitose, sem microorganismos nem aspetos de doença linfoproliferativa. A doente agravou do ponto de vista clínico e laboratorial com necessidade de suporte transfusional e declínio da função renal e respiratória. Foi transferida para os cuidados intensivos por SDRA onde acabou por falecer. Post mortem foi isolado Trichosporon sp em hemocultura. Os autores ressaltam este síndrome raro com uma evolução rápida e fulminante apesar da investigação diagnóstica extensa, diagnóstico precoce e terapêutica agressiva.

SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #12

MODERADOR: FÁTIMA CAMPANTE

DOENÇAS HEPÁTICAS

PO-12-28

TOXICIDADE HEPÁTICA INDUZIDA POR DOSES BAIXAS DE CICLOFOSFAMIDA

Sónia Moreira, Marta Peixoto, Vera Marinho, Francisco Parente, Lélita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Introdução A ciclofosfamida é um agente alquilante usado como quimioterapia no tratamento de neoplasias ou como imunossupressor nas vasculites sistémicas e na nefrite lúpica. A toxicidade hepática mediada por doses elevadas de ciclofosfamida está bem estabelecida, mas com doses baixas tem sido raramente descrita. Caso clínico Apresentamos o caso de uma mulher de 82 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por tosse não produtiva e icterícia com 1 semana de evolução. Não havia referência a história de doença hepática prévia ou de abuso de álcool ou drogas. Era seguida em consulta de Hematologia por macroglobulinémia de Waldenstrom, tendo sido medicada há 6 meses com doses baixas de ciclofosfamida (50mg/dia). Analiticamente foi observada elevação mais de 10 vezes acima do limite superior de referência das aminotransferases (AST 1188 UI, ALT 973 UI), GGT (695 UI) e da bilirrubinemia total (15,3 mg/dl), à custa da directa. A função renal encontrava-se preservada Na tomografia computorizada abdominal não foram identificadas dilatações das vias biliares intra ou extra hepáticas. Durante a investigação etiológica da hepatopatia foram excluídos os agentes virais e bacterianos, bem como causas autoimunes e metabólicas. A biópsia hepática foi compatível com hepatite aguda medicamentosa. A melhoria clínica e analítica começou a verificar-se 18 dias após suspensão de ciclofosfamida. Conclusão: Este caso vem enfatizar o risco de hepatotoxicidade em doentes medicados com ciclofosfamida, mesmo que administrada em doses baixas. Assim, sugere-se a monitorização da função hepática em todos os doentes tratados com ciclofosfamida.

PO-12-38

LESÃO HEPÁTICA MEDICAMENTOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Susana Amaral, Joana Freitas, Pedro Souteiro, Vanessa Chaves, Ivone Meirinho
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Introdução A lesão hepática induzida por medicamentos é uma entidade com prevalência crescente e apresentação clínica muito variável, desde a elevação assintomática de enzimas hepáticas até à falência hepática aguda e morte. O paracetamol, antiinflamatórios não esteróides, antibióticos, antiretrovirais e quimioterápicos estão entre os agentes mais comuns. Caso clínico Sexo feminino, 57 anos. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e poliartralgias, seguida por Reumatologia. Medicada há 5 anos com bisoprolol, olmesartan e metformina. Iniciou a 16.07.2015 sulfassalazina 1000 mg 2id. A 21.08 recorre ao serviço de urgência por anorexia e náuseas com 1 semana de evolução e icterícia e colúria há 3 dias. Tinha suspenso sulfassalazina no dia anterior (20.08) por indicação do médico assistente. Estava apirética, com pele e mucosas francamente ictéricas. Analiticamente: Hb 11.4, leuc 4040, sem eosinofilia, plaquetas 163 000, PCR 34, AST 278, ALT 417, GGT 865, FA 220, BT 6.1, BD 4.1. Coagulação normal. Foi internada em Medicina Interna. Do estudo complementar: electroforese de proteínas normal, marcadores víricos e estudo imunológico negativos. TC abdominal: hepatomegalia, sem dilatação das vias biliares. Biópsia hepática com lesões inflamatórias intralobulares ligeiras e colestase moderada. Manteve suspensão do fármaco com melhoria clínica e analítica. Teve alta orientada para consulta de Medicina Interna. Mantém evolução favorável, com descida sustentada das enzimas hepáticas (Março/2016: AST 40, ALT 56, GGT 435, FA 200, BT 0.4, BD 0.1). Conclusão A lesão hepática induzida por sulfassalazina é rara, com poucos relatos na literatura. A retirada precoce do fármaco está geralmente associada a bom prognóstico, com recuperação total da função hepática num mês, podendo ir até um ano nos casos de colestase severa. O diagnóstico desta entidade clínica continua a ser desafiante dada a ausência de critérios de diagnóstico universalmente validados.

PO-12-41

HEPATITE C CRÓNICA - NOVOS TRATAMENTOS E LÍPIDOS

Rodrigo Alves, Ana Moreira, Pedro Ventura, Sónia Canadas, Paulo Roboredo, Iurie Pantazi, Adriano Cardoso
ULS GUARDA

Introdução: Considera-se que o vírus da Hepatite C (VHC) é a maior causa de cirrose hepática e Carcinoma Hepatocelular a nível global. Com uma prevalência estimada de cerca de 3% a nível mundial, e de 1,5% em Portugal, o VHC contribui anualmente para uma taxa de mortalidade no nosso país na ordem das 11,12mortes/100.000 habitantes. Os novos Agentes de Acção Directa (AAD) vieram revolucionar o tratamento do VHC abrindo uma nova perspectiva no futuro da doença, a cura. Objectivo: O nosso grupo tem a cargo a Consulta de Doenças do Fígado do nosso hospital. Propusemo-nos estudar o efeito dos novos esquemas livres de peginterferão e da carga viral no perfil lipídico dos doentes. Material e Métodos: Foi realizada a colheita de dados a partir do registo de análises do nosso laboratório, atendendo aos seguintes parâmetros: Colesterol total (ColT), Colesterol HDL (HDL), Colesterol LDL (LDL), Triglicerídeos (TGC) e carga viral. Efectuou-se também uma revisão bibliográfica desta temática. Foram incluídos neste estudo 20 doentes que iniciaram tratamento com os esquemas de sofosbuvir + ledipasvir, e sofosbuvir + ledipasvir + ribavirina. Resultados: Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os valores de ColT e o LDL antes e após do tratamento (p=0,05) assim como valores de correlação elevados. Houve um aumento médio do ColT=28,25 mg/dl e do LDL=25,99 mg/dl. O mesmo não se observou para os valores de colesterol HDL e triglicerídeos. Comprovou-se também uma diferença estatisticamente significativa entre a carga viral e o aumento do ColT e LDL porém sem uma correlação forte. Conclusões: Constatou-se uma relação estatisticamente significativa entre o aumento dos valores de ColT e LDL nos indivíduos tratados com os novos esquemas livres de Penginterferão. Este estudo pretende apresentar os resultados preliminares da nossa experiência

assim como servir de base para o desenho da investigação de outras hipóteses de estudo.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #14

MODERADOR: PEDRO NEVES

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PO-14-01

EMBOLIZAÇÃO SISTÉMICA DE MIXOMA AURICULAR

Juliana Silva, Tatiana Fonseca, Carina Silva, Olga Gonçalves, Luís Andrade, Vitor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Introdução: Os tumores primários do coração são raros, benignos em 80% dos casos, sendo os mixomas os mais prevalentes. A apresentação clínica é muito variável, desde casos assintomáticos com diagnóstico incidental, a complicações cardiovasculares potencialmente fatais. O tratamento cirúrgico é curativo na maioria dos casos, pelo que o diagnóstico precoce é crucial para a prevenção de complicações. Caso Clínico: Mulher, 59 anos, sem antecedentes ou medicação habitual, com quadro de insuficiência cardíaca subaguda com duas semanas de evolução. Agravamento súbito do quadro clínico, com perda abrupta de força muscular em ambos os membros inferiores. Objectivada dispneia intensa, sudorese, pele marmoreada, ausência de pulsos periféricos e acidemia metabólica com hiperlactacidemia. Hemodinamicamente estável, com taquicardia sinusal reactiva, hipofonese dos sons cardíacos e estase à auscultação pulmonar. O ecocardiograma transtorácico de emergência documentou volumoso mixoma na aurícula esquerda. Perante a suspeita de embolização sistémica de mixoma auricular realizou angiotomografia computorizada que revelou oclusão aórtica infrarrenal, extensas áreas isquémicas nos rins, e envolvendo cerca de 50% do baço e alterações de perfusão a nível hepático. Intervencionada de imediato, com revascularização eficaz dos segmentos intervencionados, com quadro de choque cardiogénico e distributivo no pós-operatório. Após estabilização clínica submetida a exérese de mixoma e valvuloplastia mitral, apresentando evolução clínica favorável. Conclusão: Este caso corresponde a apresentação rara de embolização sistémica para múltiplos territórios a partir de um mixoma da aurícula esquerda, ilustrando as possíveis complicações decorrentes, e a sua gravidade, apesar da etiologia benigna. Salienta-se a importância do exame físico e elevado indíce de suspeição, já que o rápido diagnóstico, e consequente, abordagem cirúrgica precoce, foram essenciais para o prognóstico favorável.

PO-14-51

TERAPÊUTICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ATUALIDADE - AS GUIDELINES

Ana Rita Cambão, Ana Sofia Costa Matos, Francisco Teixeira Silva, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa associada a elevada morbi-mortalidade. Apesar do avanço terapêutico e de orientações clínicas específicas, os episódios de agudização continuam a ser uma causa importante de internamento. Objetivo: Avaliar a terapêutica à admissão e alta hospitalar em doentes internados por descompensação de IC (avaliadas as classes farmacológicas inibidor enzima conversora angiotensina (IECA), antagonista receptores angiotensina (ARA), beta-bloqueador (BB), antagonista receptores mineralocorticoide (ARM), ivabradina, digoxina e diurético). Métodos: Estudo retrospectivo de internamentos num serviço de Medicina Interna, com o diagnóstico primário ou secundário de IC, no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015. Resultados: Documentados 1213 episódios de internamento por IC descompensada, correspondendo a 897 pacientes. Quanto à terapêutica em curso à admissão: 52% doentes medicados com IECA/ ARA, 34% com BB, 13% com ARM, 3% com ivabradina, 21% com digoxina e 73% com diurético. Avaliando a terapêutica prescrita no momento da alta não se registam diferenças significativas. Procedendo à sub-análise dos doentes com fracção de ejecção reduzida (n=428) verifica-se uma maior percentagem de doentes medicados à admissão com BB (45%) e com ARM (20%), sendo os resultados para as restantes classes e aquando da alta idênticos. Analisando separadamente os doentes por classe funcional de IC regista-se uma tendência crescente na percentagem de doentes medicados com cada uma das classes farmacológicas, mantendo-se contudo semelhante o esquema terapêutico na admissão e na alta. Conclusões: Apesar de demonstrada a eficácia e benefício de fármacos como IECA e os BB no tratamento da IC, a sua utilização na prática clínica continua a ser sub-ótima, o que condiciona o prognóstico dos doentes, a sua qualidade de vida e as readmissões hospitalares, associando-se a tudo isto um importante impacto sócio-económico.

PO-14-56

SÍNDROME DE WELLENS: UM PADRÃO A RELEMBRAR

Tiago Ramires, Maria Inês Ribeiro, João Pais, Ana Bernardo, Ana Rita Santos, Bruno Piçarra, José Aguiar
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO ÉVORA

Introdução: As alterações eletrocardiográficas em repouso podem constituir um desafio diagnóstico em indivíduos assintomáticos. A identificação precoce de determinados padrões eléctricos implica abordagem e tratamento específicos. Caso Clínico: Homem, 75 anos, leucodérmico, antecedentes de hipertensão arterial e claudicação intermitente. Recorre à urgência por dor precordial tipo aperto com irradiação ao membro superior esquerdo acompanhado de diaforese, com cerca de 14 horas de evolução. Refere queixas de angor prévio. Exame físico à entrada sem alterações. Eletrocardiograma com bloqueio incompleto de ramo direito e ondas T negativas V2 a V6, sem alteração do segmento ST. Analiticamente com troponina I 1,76ng/mL, sem outras alterações de relevo. Admitido na unidade de cuidados intensivos coronários com hipótese de enfarte agudo do miocárdio sem supraST. Realizou ecocardiograma que revelou função sistólica global ligeiramente deprimida, com fração de ejecção estimada 49% com hipocinésia apical e segmento médio-apical da parede anterior. Submetido a cateterismo cardíaco com documentação de doença coronária de 2 vasos: artéria descendente anterior proximal (DAp) de 99% e artéria coronária direita proximal e média com lesão de 60%. Submetido a angioplastia da DAp com colocação de stent com fármaco. Internamento sem intercorrências. Troponina I máxima de 4,840ng/mL. Alta assintomático para o domicílio. Conclusão: A identificação do padrão de Wellens é importante pois é altamente sugestivo de lesão coronária no território da artéria descendente anterior. A sua identificação precoce permite uma abordagem atempada de enfarte maciço eminente no território anterior.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #14

MODERADOR: PEDRO NEVES

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

PO-14-67

OSTEOARTRITE EROSIVA: UMA ENTIDADE A TER EM CONTA

Sara Camões, Raquel Calisto
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL PEDRO HISPANO, MATOSINHOS

A osteoartrite erosiva tem sido encarada como um subtipo de artropatia da mão, caracterizada pela presença de erosões centrais com colapso do osso subcondral, diminuição do espaço articular e esclerose subcondral. Ao contrário do que acontece com as formas não erosivas, a inflamação tem um papel importante na etiopatogenia da doença, manifestando-se com início abrupto de dor, edema e eritema das articulações acometidas, condicionando marcada limitação funcional. Atinge sobretudo mulheres na perimenopausa, numa prevalência que ronda os 10%. Revemos o caso de uma mulher de 55 anos, enviada à consulta de Medicina por poliartralgias de ritmo misto. Destaque para a dor referida aos punhos e interfalângicas proximais e distais das mãos, de ritmo inflamatório, assimétrica, com rigidez

matinal de cerca de uma hora, incapacitante, associada a edema e rubor das articulações em questão. Estudo imunológico sem alterações, proteina C reactiva e velocidade de sedimentação habitualmente baixas, apesar de sinovite evidente. Iniciou corticóide em alta dose com melhoria clínica, mas com recidiva nas tentativas de redução da dose do fármaco. Imagem da mão direita com erosão centro-articular da falange proximal do 2º e 3º dedos, num padrão típico de osteoartrite erosiva. Adicionou-se hidroxicloroquina e sulfassalazina, posteriormente alteradas para metrotrexato, com possibilidade de redução gradual da corticoterapia. Actualmente com sintomatologia controlada sob 20 mg/semana de metrotrexato e 5 mg de prednisolona, activa e perfeitamente funcional. Enfatizamos a importância do reconhecimento precoce desta entidade distinta da osteoartrose, dada a evolução agressiva com deformidade articular grave e limitação da mobilidade, quando não tratada adequadamente. As opções terapêuticas são limitadas. O uso de anti-inflamatórios não esteróides não tem impacto satisfatório no curso da doença, a médio e longo prazo, utilizando-se de forma crescente fármacos modificadores da actividade da doença

PO-14-69

UM CASO DE OSTEOPOROSE IDIOPÁTICA MASCULINA

Ana Laranjo, Francisco Rebocho, Diogo Brás, Joana Sant´Anna, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA

A osteoporose é uma causa importante de morbilidade e de mortalidade em pessoas idosas, sobretudo em doentes do sexo feminino. Contudo, apesar de ser considerado mais raro, esta doença pode acometer jovens do sexo masculino, sendo que a exclusão de causas secundárias assume extrema importância. Neste sentido, descrevemos um caso de Osteoporose Idiopática, num doente caucasiano do sexo masculino, 23 anos, com IMC 21 Kg/m2, sem antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente história de fracturas no passado, nem hábitos tabágicos ou etanólicos conhecidos. Sem cirurgias prévias. Foi enviado pelo seu médico assistente à consulta de Medicina Interna para estudo das alterações encontradas na osteodensitometria compatíveis com osteopenia trabecular e osteoporose cortical (fémur esquerdo – densidade mineral óssea (DMO) 0,851/ T-Score -1,8; coluna ântero-posterior L1-L4 - DMO 0,086/ T-Score -2,8, respectivamente). O doente encontrava-se assintomático e não fazia terapêutica em ambulatório, nomeadamente corticoterapia ou anticonvulsivantes. Foi realizado estudo completo para exclusão de causas secundárias de osteoporose não se encontrando alterações significativas. Foram excluídas patologia endócrina (doenças tiroideias, paratiroideias, hipofisárias, supra-renais e diabetes mellitus), transtornos intestinais (doença celíaca, doença inflamatória intestinal), hepatopatias (cirrose biliar primária, hemocromatose), anorexia nervosa, hipercalciúria e infecção VIH. O doente iniciou terapêutica com bifofonatos e suplementação com vitamina D e cálcio. Os autores descrevem este caso de osteoporose idiopática num doente jovem do sexo masculino, pela sua rara incidência na população, para enfatizar a importância de estudo etiológico rigoroso para exclusão de causas secundárias e a necessidade de iniciar terapêutica médica para evitar o alto risco de fracturas ósseas.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #14

MODERADOR: NUNO MORAIS

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO-14-57

RICKETSIOSE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Helena Maurício, Cátia Canelas, Ana Cristino, André Marçal, Rui Pedro Costa, Nelson Barros, Francisco Esteves
SERVIÇO CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS, CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO (CHTMAD)

Introdução: A febre escaro-nodular (FEN) é uma doença infeciosa, de predomínio sazonal, endémica nos países da orla mediterrânica, causada pela bactéria Rickettsia conorii, sendo o vetor a carraça. As manifestações clinicas comuns são a febre alta, exantema (com atingimento palmo-plantar) e a escara de inoculação. A evolução é geralmente benigna e em alguns casos, podem surgir compromisso grave de funções vitais. Objetivos: Reportar as particularidades de caso clínico de FEN e reflexão sobre a experiência de FEN do Serviço de Medicina Intensiva (SCICI). Material e métodos: Estudo de caso clinico de FEN e estudo retrospetivo dos doentes admitidos no SCICI de Jan1999 a Dez2013. Foram estudadas variáveis epidemiológicas comuns em medicina intensiva. Apresentadas as particularidades do caso clinico. Resultados: Paciente do sexo masculino, 42 anos, admitido por febre (4 dias de evolução), desorientação e rash cutaneo disperso. Apresentava consolidação pulmonar direita, hepatomegalia, lise hepática e elevação da PCR. Admissão em SCICI (choque, insuficiência respiratória aguda, encefalopatia), com perfil séptico com múltiplas disfunções de órgãos. Medicado com doxiciclina e ceftriaxona. Evolução com ARDS severo. No 5º dia suspensas aminas e extubação. Alta melhorado ao 10º dia. Casuística do SCICI com 4327 doentes, sendo 17 (0,4%) com FEN. Predomínio sazonal (meses quentes), proveniência do SU, sexo feminino (52,9%), idade média de 59,4 anos e demora de 6,6 dias. Choque séptico em 52,9% dos casos. Índices de gravidade: APACHE II 20,1; SAPS II 46, delta SOFA de 6. Mortalidade bruta 11,8% e hospitalar 17,7%. Antibiótico de eleição: doxiciclina. Conclusões: Na experiência apresentada, a FEN é uma situação rara, atinge o escalão etário mais jovem, com gravidade relevante e mortalidade não desprezível. A instituição de antibioterapia e as medidas de suporte das disfunções de órgãos associadas á sepsis (caso clínico) parecem decisivas no prognóstico.

PO-14-58

DOENÇA DE WEIL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Carrilho de Oliveira, Andrea Castanheira, Dora Lameiras Xete, Daniel Rei, Patrícia Pereira, Manuela Zita Veiga, Pedro Póvoa, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA I, HOSPITAL EGAS MONIZ E UCIP, HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Em 1885, Adolf Weil descreveu a leptospirose como sendo um processo agudo caracterizado por esplenomegália, icterícia e falência renal. Hoje em dia, dá-se o nome de doença de Weil (DW)à leptospirose grave, correspondendo a menos de 2% dos casos. Homem, 48 anos, raça negra, sem-abrigo, com história prévia de etanolismo. Admitido no serviço de urgência por lipotímia. Ao exame objetivo apresentava-se ictérico e febril e analiticamente salientava-se: aumento dos parâmetros inflamatórios, trombocitopénia, padrão de colestase intra-hepática com aumento da bilirrubina total (à custa da conjugada), hiponatrémia e hipocaliémia. Por agravamento do quadro, houve necessidade de internamento na UCI por evolução em choque séptico com disfunção multi-orgânica, nomeadamente: cardio-vascular, com necessidade de suporte vasopressor; renal, AKIN 3 com necessidade de terapêutica de substituição renal; hematológica, com trombocitopénia (mínimo 7000x106/mL) e anemia, com necessidade de suporte transfusional e hepática com aumento da bilirrubina total (máximo 39,4 mg/dL). Verificou-se também quadro de insuficiência respiratória tipo 1 com envolvimento pulmonar bilateral extenso. Relativamente aos scores de gravidade apresentava: APACHE 17, SAPS 59, SOFAmax 12. Da investigação etiológica: serologias positivas para Leptospira interrogans, após as quais se alterou a antibioterapia para cefuroxime. Melhoria progressiva do quadro com normalização da função renal, contagem plaquetária, hemoglobina e bilirrubina, assim como recuperação pulmonar completa. A DW é caracterizada por uma combinação de: icterícia, lesão renal aguda, hipotensão, falência respiratória, miocardite, rabdomiólise e uveíte. É uma forma rara de leptospirose mas com uma taxa de mortalidade elevada(52% em doentes com necessidade de internamento nos cuidados intensivos). O seu diagnóstico requer um elevado grau de suspeição sendo importante excluí-la em doentes de risco com falência orgânica, como no caso clínico apresentado.

PO-14-59

LESÕES CUTÂNEAS PERIANAIS ATÍPICAS EM DOENTE COM INFECÇÃO PELO VIH - TRATAMENTO EFICAZ COM IMIQUIMOD TÓPICO 5%

Ana Filipe Monteiro, Margarida Rato, Ermelindo Tavares, João Aranha
HOSPITAL DE SANTARÉM EPE - SERVIÇO DE DERMATOVENEREOLOGIA

Doente do sexo masculino, 29 anos, referenciado à consulta de Dermatologia e Venereologia por lesões cutâneas na região perianal, com 5 meses de evolução, medicado sem sucesso com vários fármacos tópicos e sistémicos. Trata-se de um ex-toxicodependente de heroína e cocaína, portador de VIH e VHC desde 1995, seguido na consulta externa de Infecciologia. Encontrava-se medicado com atripla®, bactrim® e metadona, que fazia de forma irregular. A contagem dos linfócitos T CD4+ na altura era de 56/mm3 e a carga viral do VIH de 247 alg 2.39 cópias/mL. Ao exame objectivo apresentava conglomerado de lesões nodulares e pediculadas, algumas com diâmetro variando entre 5 e 15 mm, rosadas, indolores, dispostas num padrão "pedra de calçada" e localizadas na região perianal. Colocaram-se como principais hipóteses de diagnóstico moluscos contagiosos e condilomas acuminados. O exame histológico de uma das lesões foi compatível com molusco contagioso. Iniciou tratamento tópico com imiquimod creme 5%, três aplicações por semana. Três meses depois era evidente uma regressão quase completa das lesões. Os moluscos contagiosos resultam da infecção pelo poxvírus. Nos doentes com infecção pelo VIH e redução marcada dos linfócitos T CD4+, a doença é geralmente mais grave, podendo existir centenas de lesões, cujas características variam desde pápulas umbilicadas, em forma de cúpula, com diâmetro inferior a 1 cm, a lesões atípicas deformadas, com diâmetro superior a 2 cm e confluentes, colocando sérias dificuldades em termos de diagnóstico diferencial. Embora possa ocorrer resolução espontânea com terapêutica anti-retroviral, as lesões podem mostrar-se resistentes a vários tratamentos e recidivantes.

PO-14-60

PNEUMONIA A PASTEURELLA CANIS: CASO CLÍNICO

Ana Faceira, Sara Póvoa, Pedro Souteiro, Filipa Ceia, Susana Ferreira
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores descrevem o caso de um homem, 89 anos, com patologia respiratória crónica não estratificada, cardiopatia valvular, fibrilhação auricular, doença renal crónica, doença cerebrovascular, hipertensão arterial e dislipidemia. Da epidemiologia destacava-se o contexto social precário e o contacto próximo e permanente com um cão, sem história de mordedura. Apresentava tosse produtiva e dispneia com várias semanas de evolução, sem febre. Analiticamente com leucocitose neutrofílica e PCR elevada. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial/alveolar bilateral. Admitido em enfermaria por pneumonia adquirida na comunidade com critérios de gravidade. Iniciou empiricamente ceftriaxone e azitromicina. A TC torácica revelou enfisema pulmonar, derrame pleural de pequeno volume à esquerda com hipercaptação dos folhetos pleurais sugerindo exsudado, consolidação/atelectasia dos planos pulmonares adjacentes ao derrame, e opacidades bilaterais em vidro despolido. Ao 3º dia de internamento informação provisória de crescimento de colónias de morfologia sugestiva de Brucella em hemoculturas colhidas à admissão. Alterada antibioterapia para doxiciclina. Ao 8º dia de internamento conhecido resultado definitivo de hemoculturas com identificação de Pasteurella cannis pelo sistema Vitek® 2. O doente completou 4 semanas de antibioterapia dirigida (10 dias de doxiciclina alterada por intolerância para levofloxacina). As hemoculturas de controlo foram negativas e a evolução foi favorável. A Pasteurella canis é um microrganismo da flora habitual da orofaringe do cão, podendo causar no homem mais frequentemente infecções cutâneas após mordedura ou lambedura de pele não íntegra. A infecção respiratória é uma focalização a considerar sobretudo em idosos ou em indivíduos com doença pulmonar estrutural. Este caso realça a importância do contexto epidemiológico. O envolvimento pulmonar bilateral, não sendo vulgar, indiciava a presença de um agente menos comum.

PO-14-61

ENDOCARDITE E OSTEOMIELITE - CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

Pedro Pereira Figueiredo, Inês Esteves Cruz, Daniel Matos, Joyce Chivia, Raquel Silva, Samaher Tannira, Francisco Silva, Alberto Mello Silva
SERVIÇO DE MEDICINA II, HOSPITAL DE EGAS MONIZ - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Homem, 53 anos, com história de enfarte agudo miocárdio em 2000, alcoolismo (200g/dia), tabagismo (70 UMA). Internado por febre (38ºC) com 2 meses de evolução e sudorese nocturna. Várias idas ao Serviço Urgência (SU): 1º por bursite infectada do cotovelo esquerdo; 2º por inflamação da região dorsal do pé esquerdo; posteriormente por agravamento de cervicalgia crónica, com processo osteodegenerativo acentuado (C3-C4-C5) em radiografia cervical. Apresentava-se febril (38.7ºC), com cervicalgia e limitação na flexão do pescoço, sem sinais meníngeos. Cáries dentárias e sopro sistólico grau II audível em todo o pré-córdio. Análises: leucocitose 15300/mm3 (N 83.6%), PCR 13.6 mg/dL. TC coluna cervical que revelou apenas sinais degenerativos raquidianos ligeiros em C3/C4 e C5/C6. Ecocardiograma (ECO) transtorácico: folheto anterior da válvula mitral (VM) com estrutura 6x8cm, com pontos de calcificação (vegetação?). Hemoculturas: Streptococcus mitis. Assumida endocardite e iniciada antibioterapia (AB) com penicilina e gentamicina. Por manter cervicalgia, foi revista a TC cervical, destacando-se aspetos sugestivos de inflamação da articulação interfacetária posterior direita C2/C3. RM cervical evidenciou processo osteomielitico de vertebras C3 e C4, espondilodiscite C3-C4 e fleimão prevertebral e paravertebral C2-C6. ECO transesofágico evidenciou perfuração de folheto anterior da VM com insuficiência moderada/grave. Cumpriu 3 semanas de penicilina, tendo alta com amoxicilina para completar 10 semanas. Manteve seguimento em consultas de Neurocirurgia e Cardiologia, com posterior colocação de prótese mecânica mitral. O caso clinico demonstra necessidade de valorização dos sinais e sintomas do doente, realçando importância da comunicação entre especialidades e revisão de exames prévios. Associação entre endocardite e osteomielite está descrita na literatura. Considerou-se, neste caso, foco inicial em cárie dentária com consequente endocardite com embolização séptica.

SÁBADO - 28 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #16

MODERADOR: SORAIA OLIVEIRA

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO-16-02

INFEÇÃO DE PRÓTESE AÓRTICA POR STAPHILOCOCCUS AUREUS ASSOCIADA A EMBOLIZAÇÃO MULTISSISTÉMICA

Catarina Araújo, Liliana Santos, Vera Pereira, Dário Batista, Jacobo Bacaniza, Filipe Gonzalez, Joana Manuel, Rui Gomes, Corina Lohman, Lucinda Oliveira, Antero Fernandes
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A infeção de próteses endovasculares ocorre raramente, sendo o Staphilococcus o agente mais frequentemente envolvido. Os autores apresentam o caso de um homem de 49 anos, com história de hipertensão arterial com cardiopatia e nefropatia hipertensivas, disseção da aorta torácica com colocação de prótese aórtica, diabetes mellitus tipo 2, acidente vascular cerebral e bronquite crónica. Admitido por disartria e hemiparésia esquerda, precedido de febre. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. A tomografia computorizada (TC) cranio-encefálica revelou sinusite aguda e a ressonância magnética encefálica enfarte isquémico recente em território da artéria cerebral média direita. Por deterioração do estado de consciência realizou-se punção lombar com líquido cefalo-raquidiano sugestivo de meningite bacteriana, sem isolamento de agente. Iniciou-se antibioterapia empírica posteriormente descalada para flucloxacilina após isolamento de Staphilococcus aureus meticilino-sensível em urocultura e hemoculturas. O ecocardiograma transesofágico excluiu endocardite infeciosa e a TC toraco-abdominal mostrou coleção periaórtica extensa e nódulos hipodensos no fígado, pulmão e rim esquerdo, sem sinais de disseção aórtica ou trajetos fistulosos.

Admitiu-se infeção da prótese aórtica com embolização multissistémica. A cirurgia cardiotorácica, perante a instabilidade clínica e comorbilidades do doente, sugeriu antibioterapia prolongada com eventual intervenção cirúrgica após resolução do quadro agudo. Assistiu-se a melhoria clínica com recuperação gradual dos défices neurológicos após 61 dias de antibiótico e várias sessões de fisioterapia. Este caso sobressai não só pela raridade deste tipo de infeções e complicações embólicas associadas, mas também pela melhoria clínica apenas com terapêutica conservadora, que é uma alternativa em doentes com elevado risco cirúrgico.

PO-16-04

UMA CO-INFECÇÃO INCOMUM: TUBERCULOSE E BRUCELOSE

Ana Rafael, Adelaide Moutinho, Inês Soares, Sérgio Lascasas, Sandra Tavares
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS- MONTES E ALTO DOURO: UNIDADE DE CHAVES

A tuberculose e a brucelose são infeções bacterianas amplamente estudadas, no entanto, a co-infecção é rara, com apenas alguns casos publicados na literatura. Os autores descrevem o caso de uma doente de 45 anos, rural, fumadora, com hábitos etílicos moderados e contato com animais (nomeadamente ovinos) que recorre ao serviço de urgência por astenia, anorexia, emagrecimento, tosse e febre com um mês de evolução. Objetivamente apresentava-se pálida, febril (38,5ºC), com crepitações bilaterais à auscultação pulmonar, sem outras alterações. Analiticamente com anemia (10,8 g/dl), trombocitose (494000/ul), citólise hepática e proteína C reativa de 11.45mg/dl, VS> 140 mm. A radiografia do tórax mostrava opacidades difusas nos lobos superiores e a tomografia axial computorizada (TAC) apresentava cavitação com 3,4cm no lobo superior esquerdo e lesão de 2,4 cm no lobo superior direito. Realizou broncofibroscopia, sem alterações; ziehl-neelsen no aspirado brônquico positivo (1 a 9/campo), pesquisa de DNA do Mycobacterium tuberculosis positivo, cultura positiva para Mycobacterium tuberculosis. Iniciou terapêutica antibacilar com evolução favorável. Ao 23º dia de internamento iniciou febre de predomínio vespertino, agravamento clínico, sem identificação de foco infecioso. Do estudo realizado salienta-se ecocardiograma normal, TAC toracoabdominopélvico com múltiplas adenopatias, algumas com necrose, melhoria das lesões pulmonares descritas, hemoculturas, urocultura, serologias víricas e estudo imunológico negativos. Apresentou prova de rosa bengala e reacção de wright positivas com título elevado. Foi associada à terapêutica doxiciclina com evolução favorável, apirexia sustentada e regressão dos parâmetros inflamatórios. Os autores enfatizam a raridade desta co-infeção e a necessidade de serem incluídas no diagnóstico diferencial, sobretudo em contexto epidemiológico específico e o desafio que representam, dada a apresentação clínica poder ser semelhante.

PO-16-08

COLITE A CMV EM DOENTE IMUNO-COMPETENTE: UMA CAUSA RARA DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Cesar Torre, Raquel Silva, Tiago Serra, Fernanda Paixão Duarte, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA-SERVIÇO DE MEDICINA II

O citomegalovírus (CMV) é um microorganismo ubíquo, causador frequente de doença em imunocomprometidos, na maioria, por reativação de infecção latente. A doença é usualmente inócua em imunocompetentes podendo apresentar-se nestes casos como infecção primária. O envolvimento gastrointestinal é raro em imunocompetentes podendo condicionar morbimortalidade elevada. A terapêutica antivírica não está recomendada na maioria dos casos. Apresenta-se uma mulher eurocaucasoide, 89 anos com história de obstipação crónica. Internada por insuficiência cardíaca descompensada secundária a pneumonia da comunidade medicada com ceftriaxone e claritromicina. Durante o internamento ocorreram hematoquézias abundantes associadas a hipotensão, insuficiência renal aguda e queda da hemoglobina (10.0 g/dL-> 6,5 g/dL). Admitiu-se choque hipovolémico por hemorragia digestiva baixa a motivar transfusão de várias unidades de concentrado eritrocitário. A tomografia computorizada abdominal revelou espessamento do recto médio e distal, circunferencial regular de aspecto inflamatório e a colonoscopia mostrou divertículos da sigmóide sem sinais de hemorragia e três úlceras rectais de fundo nacarado em fase de cicatrização. A biópsia excluiu neoplasia e demonstrou inclusões intranucleares de CMV confirmadas por imunohistoquímica. A pesquisa de Clostridium dificille foi negativa e foi excluída infecção por VIH. Diagnosticada colite a CMV em doente imunocompetente tendo cumprido terapêutica com Ganciclovir sem recorrência das hematoquézias e melhoria analítica. A colite a CMV é raramente colocada como hipótese diagnóstica em doentes imunocompententes com hematoquézias, particularmente em faixas etárias mais avançadas. Deve considerar-se esta etiologia após diagnóstico diferencial com causas mais frequentes como a neoplasia ou a colite isquémica. Neste caso destaca-se a gravidade da colite a condicionar choque hipovolémico por hemorragia digestiva baixa tendo-se decidido realizar terapêutica antivírica.

PO-16-16

PATOLOGIA ENDOMETRIAL E A SUA RELAÇAO COM O TAMOXIFENO

Liliane Pereira Brito, Maria-Concepción Agras, Manuel Alvarez, Maria-Emilia Cortizo, Ada Yera, Francisca Turienzo, Sabela Iglesias, Corbillon Angeles, Javier Valdés, Luis Meleiro, Jorge Cameselle.
CENTRO DE SALUD CORUXO - VIGO - ESPANHA.

Objetivos: Investigar a relaçao entre o tamoxifeno (TMX) e patologia endometrial em doentes com cancro da mama (CM). estudar o prognóstico do cancro endometrial (CE) asociado ao TMX. Métodos: O estudo incluiu 2436 doentes com CM e 422 doentes de CE. Foi utilizado o software estatístico SPSS-15.0 para Windows. Análise das variáveis qualitativas (teste do ´qui-quadrado´ ou teste exato de Fisher), quantitativas (teste ´t-student´ ou ´ANOVA´). A análise de sobrevivência: método de Kaplan-Meier e teste de Log Rank. Resultados: 90.5% (2205 de 2436) das mulheres comCM nunca desenvolveram doença endometrial proliferativa. 7.26% desenvolveram pólipos endometriais (77% posteriores ao CM), 0.57% hiperplasia endometrial e 0.16% desenvolveram metastases no endometrio. 1% (24 de 2436) do total de doentes com um CM desenvolveram um CE após o diagnóstico de CM Conclusoes: O rsico relativo de desenvolver um CE em doentes de CM tratadas com TMX foi 2.4 vezes maior o que aqueles que nao receberam TMX (p=0.05). O CE asociado ao TMX apresentou peor prognóstico.

PO-16-78

CARCINOMA HEPATOCELULAR - DOIS CASOS DE METASTIZAÇÃO RARA

Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, João Andrade, Diana Guerra
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1 PISO 8

O carcinoma hepatocelular (CH) é a principal neoplasia primária do fígado, representando cerca de 4,6% de todos os novos casos de cancro. Ao diagnóstico, 10 a 20% apresenta metastização extrahepática. Os locais mais comuns são: pulmão, gânglios linfáticos intrabdominais, osso e supra-renal; a metastização para cólon (4%), cardíaca (0,6%) e cerebral são raras. Caso1: Homem de 71 anos, referenciado à consulta hepatite B e hepatoma. Após estudo foi submetido a hepatectomia direita. Histologia demonstrou CH moderadamente diferenciado pT2R0. Foi medicado com tenofovir, tornando-se a carga viral indetetável. Assintomático até 05/15 altura em que iniciou quadro de astenia, emagrecimento, náuseas e anorexia. Realizou TC que documentou nódulos pulmonares e nas suprarrenais sugestivos metástases, tendo a biópsia de uma delas confirmado CH. Foi apresentado em grupo oncológico para decisão acerca do início de tratamento com Sorafenib. Realizou, nesse contexto, ecocardiograma (ECC) que evidenciou massa volumosa a nível apical do ventrículo direito (VD) com aparência de trombo e iniciou hipocoagulação. Em consulta, repetiu ECC verificando-se aumento massa identificada. Para melhor caraterização realizou RMN cardíaca que demonstrou a lesão era compatível com metástase de CH. Caso 2: Homem de 78 anos seguido hepatite B crónica e CH multifocal, já submetido a hepatectomia parcial e radiofrequência. Inicialmente sob tratamento com Sorafenib que suspendeu por isquemia do miocárdio. Em 11/12 foi admitido no SU por hematoquésias. Realizou.

colonoscopia que demonstrou lesão neoplásica estenosante ao nível do cólon transverso proximal. Realizou biópsia que confirmou CH. Estes casos evidenciam a complexidade de patologias de caráter sistémico, como o CH, em que o coração e o cólon, embora pouco frequentemente, podem ser atingidos, condicionando a descompensação da doença de base e uma rápida deterioração clínica

SEXTA-FEIRA - 27 - 16H00 - SALA FILIPE II LCD #16

MODERADOR: HELENA SARMENTO

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO-16-01

LISTERIOSE - ESTATÍSTICA DE UM SERVIÇO

Bernardo Ferreira, José Jácome, Catarina Frias, Valentyna Kryvonos, Graça Martins, Conceição Loureiro, José Malhado
CHLC-HOSPITAL DE CURRY CABRAL, MEDICINA 7.1

Listeria monocytogenes (LM), tradicionalmente ligada a infeções graves na gravidez, é um microrganismo também capaz de causar infeções graves noutra população. Apresentamos um estudo retrospetivo dos casos de infeção declarada a LM isoladas no Hospital entre 2011 e 2015 em doentes não gravidas, perfazendo um total de 10 casos. Os doente tinham entre 36 e 87 anos, 4 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com uma média de internamento de 15.6 dias, francamente superior à média geral de 8-9 dias. 60% dos doentes apresentavam algum grau de imunossupressão, como fator de risco, nos restantes não foi possível identificar fator de risco predisponente. Em 9 dos 10 doente foi isolado o microorganismo em hemoculturas e em apenas 1 em cultura do liquor. Todos os doente apresentaram febre com temperatura timpânica >38.0ºC à admissão ou durante o primeiro dia de internamento. 9 dos 10 doente apresentavam sintomatologia neurológica, sendo a mais prevalente prostração e desorientação TE. Analiticamente destaca-se elevação da PCR em todos os doentes e da LDH em 80% e apenas 50% apresentavam leucocitose. Objetivou-se uma mortalidade de 50%, sendo que nos doentes que se apresentavam imunocomprometidos a mortalidade foi de 67%, não sendo possível identificar outro fator contribuinte para a elevada mortalidade destes doentes. A infeção a LM constitui um diagnóstico difícil pelo que a terapêutica eficaz é muitas vezes protelada até ao diagnóstico microbiológico. No entanto como é uma infeção com uma taxa de mortalidade mais elevada que a maioria das infeções hospitalares deve-se dar uma especial atenção este grupo de doentes.

PO-16-03

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: PATOLOGIA DO COLON SECUNDÁRIA A BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS

Mário Santos, Tiago Alves, Carmen Soares, Eduardo Oliveira, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - SERVIÇO DE MEDICINA II

INTRODUÇÃO: Os quadros de bacteriemia por Streptococcus gallolyticus estão associados a patologia do cólon, hepatobiliar ou endocardite. Esta associação deve motivar a investigação activa destas patologias sempre que são identificados estes microorganismos em hemocultura. O principal microorganismo implicado na patologia do cólon é o S. gallolyticus subespecie gallolyticus e a sua patogenia ainda não está totalmente esclarecida. Estudos indicam a presença de carcinoma do cólon em 16 a 32% de pessoas infectadas. DESCRIÇÃO DO CASO: Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 58 anos, admitido por quadro de febre, sudorese nocturna e perda de 10kg de peso com um mês de evolução. Sem outra sintomatologia associada, contexto epidemiológico ou antecedentes relevantes. Ao exame objectivo apresentava-se febril, hemodinamicamente estável e sem sopros à auscultação cardíaca. Analiticamente a destacar aumento de VS e PCR, sem alterações do leucograma ou função hepática. Ficou internado para estudo e realizou hemoculturas que positivaram para Stretococcus gallolyticus, tendo iniciado antibioterapia dirigida com resolução do quadro inicial. Iniciou investigação adicional com ecocardiograma (sem sinais de endocardite), ecografia abdominal (sem evidencia de lesão hepatobiliar) e colonoscopia total (que revelou múltiplos divertículos sigmodeos com focos de mucosa congestionada). Teve alta assintomático para a consulta de Medicina onde, após 7 meses, repete colonoscopia que revela 2 pólipos com características histológicas de pólipo adenomatoso tubulo-viloso com displasia de baixo grau. CONCLUSÃO: Com este caso os autores pretendem destacar a importância do estudo endoscópico para avaliar a presença de carcinoma ou outras lesões do cólon associado a infecção sistémica por Streptococcus gallolyticus, e também alertar para a possibilidade de um primeiro exame ser negativo, o que implica um acompanhamento do doente e repetição do estudo endoscópico posteriormente.

PO-16-05

O QUE ESCONDE UMA LOMBALGIA DE ESFORÇO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Júlia Manuel, Andreia Araújo, Catarina Neto, José Pedro de Andrade, Margarida Cabrita
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

Dores osteo-articulares são sintomas inespecíficos e comuns a muitas patologias. A brucelose como doença sistémica pode atingir qualquer órgão e ou sistemas, com manifestações sistémicas e/ou osteoarticulares, podendo apresentar lesões graves com complicações incapacitantes. CASO CLÍNICO: Mulher de 37 anos, casada e pastora de gados caprinos com quadro de gonalgia bilateral do tipo infamatório com cerca de 3 meses de evolução, a qual se associou dor na articulação coxo-femoral direita e impotência funcional. Observada no serviço de urgência de ortopedia foi medicada com antiinflamatórios por lombociatalgia de esforço. Internada em Agosto/2014, por persistência das queixas articulares com sinais de artrite e suspeita de overdose de paracetamol usado na resolução das queixas algicas. Dos exames realizados: Anemia Hb 9,2g/l; VS 82 mm/1ª hora, serologia para brucela IgG e IgM positivos, prova de Rosa Bengala positiva , Huddleson positiva (1/1280), duas hemoculturas positiva para brucella melitensis. Sem alteração nos exames de imagens nomeadamente Rx tórax, Tc lombosagrada e da bacia. Iniciou antibioterapia com doxicilina e rifampicina. CONCLUSÃO: A brucelose é a zoonose mais comum em todo mundo, que apesar dos esforços, ainda constitui um problema de saúde pública e económico em muitos países. A sua prevalência tem vindo a aumentar devido o crescimento do turismo, dai a necessidade de realização história clinica exaustiva, para orientação diagnóstica e terapêutica eficaz evitando as complicações graves e recidivas frequentes.

PO-16-06

LEPTOSPIROSE: CAUSA INCOMUM DE SÍNDROME DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA AGUDA

Ana Carolina Ferreira, Vanessa Barcelos, Beatriz Braga, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Nuno Almeida, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

A Leptospirose é uma doença infecciosa caracterizada, na sua forma de apresentação mais grave, pelo envolvimento multiorgânico com febre, icterícia, disfunção renal e diátese hemorrágica. O acometimento pulmonar como manifestação inicial pode ocorrer, cursando em quadros graves com hemorragia pulmonar e síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA). Os autores relatam o caso de um homem de 28 anos, agricultor, fumador, sem outros antecedentes de relevo. Admitido no Serviço de Urgência por febre, cefaleias, mialgias e hemoptises com 5 dias de evolução. À observação com hipotensão, taquicardia e sinais de dificuldade respiratória. À auscultação pulmonar com crepitações inspiratórias bibasais. Gasimetria com alcalose respiratória e hipoxémia (paO2 52mmHg). Laboratorialmente com elevação dos parâmetros de inflamação sistémica, disfunção hematológica, renal e hepática. Radiografia torácica à admissão com infiltrado intersticial difuso. Admitida Sépsis com provável ponto de partida respiratório. Realizou colheitas para hemoculturas e, perante contexto epidemiológico, para pesquisa de Leptospira spp. no soro e urina por técnica de PCR. Instituída antibioterapia com ceftriaxona, sendo admitido no Serviço de Medicina Intensiva. Após 12 horas da admissão hospitalar apresentou agravamento da dificuldade respiratória com necessidade

de ventilação mecânica invasiva (VMI). Permaneceu sob VMI durante 176 horas. Confirmação posterior da hipótese diagnóstica de Leptospirose, sendo o quadro interpretado com SDRA. Transferido para o Serviço de Medicina Interna ao sétimo dia de internamento, sob ceftriaxona e oxigenoterapia suplementar por ventimask. Evolução favorável, com resolução do quadro clínico e radiológico à data da alta. Os autores pretendem chamar a atenção para a rápida deterioração clínica nestes casos e alertar para a inclusão desta hipótese etiológica, especialmente quando há um perfil epidemiológico suspeito.

PO-16-07

UM ESTRANHO CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Sara Castelo Branco, João Rosinhas, Rita Faria, Gracieta Malangatana, Ana Jerónimo, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO MEDICINA INTERNA

Apesar da melhoria na abordagem diagnóstica, a endocardite infecciosa (EI) apresenta, ainda, uma importante morbilidade e mortalidade nos doentes internados. Os agentes etiológicos são um importante factor prognóstico que pode ter implicações diferentes na evolução e tratamento. Abiotrophia defectiva, previamente descrito como sendo uma variante "nutricional" de streptococcos, é um agente comensal da flora da cavidade oral, do trato urogenital e intestino que necessita de meios ricos em vitamina B6 e outros nutrientes para o seu crescimento. É um agente raro de EI e muitas vezes subdiagnosticado pelo crescimento lento em meios de cultura ricos em ágar. A EI por este agente está associada a maior incidência de complicações e menor resposta à antibioterapia, muitas vezes com necessidade de cirurgia de substituição valvular. Apresenta-se um caso de um homem de 43 anos com antecedentes insuficiência mitral (IM) ligeira a moderada por prolapso da válvula mitral e tratamento dentário recente. Recorre ao SU por quadro com 4 semanas de evolução de febre de predomínio vespertino e sintomas constitucionais. Do estudo etiológico, confirmada a presença de EI por ecocardiograma transesofágico com agravamento da IM e isolado em hemoculturas Abiotrophia defectiva sensível a Amoxicilina e Clavulanato. Completou seis semanas de antibioterapia e foi referenciado para Cirurigia Cardiotorácica para substituição de válvula mitral que decorreu sem intercorrências. O caso clínico apresentado pretende alertar para a EI por um agente menos comum que, pelas necessidades nutricionais intrínsecas, apresenta um crescimento mais lento em meios de cultura standard sendo, por vezes, subdiagnosticado. A sua agressividade implica uma abordagem mais atenta à evolução clínica, prolongamento do tempo de antibioterapia e vigilância mais apertada de complicações.

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES LCD #1

PO-01-02

TRÊS EM UM!

Lopes A. C., Nunes M. I., Ferreira R., Alvarenga M. J., Silva A. M.
HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Caso clínico: Mulher de 83 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes. Levada à urgência por prostração, aumento do perímetro abdominal, edema, perda de força nos membros inferiores e lipotímia. Era portadora de exames complementares de diagnóstico que mostravam anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 9.5g/dL, elevação dos marcadores de citocolestase hepática e da hormona tiroestimulante; ecografia abdominal com evidência de ascite, imagens suspeitas de carcinomatose peritoneal e litíase biliar sem dilatação da árvore biliar. Do exame físico destaca-se desorientação, flapping, sopro sistólico, ascite não tensa, bordo inferior do fígado palpável, rombo e edemas dos membros inferiores. Dos exames complementares realizados no internamento salientam-se: anemia, trombocitopenia (plaquetas 70000/uL), evidência de citocolestase (transaminases duas vezes superior ao normal, fosfatase alcalina e gama-glutamil transferase seis vezes superior ao normal), insuficiência hepática (international normalized ratio 1.8, albumina 2.4g/dL), lípase 1114UI/L, serologias para vírus da hepatite B e C negativas e hipotiroidismo; ecografia abdominal com ascite, alterações hepáticas sugestivas de doença hepática crónica e lamas biliares. A paracentese diagnóstica evidenciou transudado, sem critérios de peritonite. Excluíram-se lesões neoplásicas sólidas, adenopatias valorizáveis, lesões osteolíticas ou osteoblásticas, e carcinomatose peritoneal, por exame de imagem. A endoscopia confirmou varizes esofágicas de grau II. Confirmou-se serologicamente o diagnóstico de tiroidite auto-imune de Hashimoto e de cirrose por hepatite auto-imune tipo 1, assumindo-se a hipótese de pancreatite auto-imune associada, pelo que se iniciou corticoterapia e levotiroxina, com melhoria e possibilidade de alta. Conclusão: Apresenta-se este caso pela rara associação entre as três entidades descritas, e salientar o risco de assunção de diagnósticos apenas em função de relatórios de exames de imagem.

PO-01-03

SÍNDROME DE SWEET IDIOPÁTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Edite Marques Mendes, Andriy Bal, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Introdução: O síndrome de Sweet ou dermatose neutrofílica febril aguda, é uma patologia inflamatória incomum caracterizada pelo aparecimento abrupto de lesões cutâneas dolorosas, tipo nódulos, placas ou pápulas eritematosas e edematosas. Febre e leucocitose podem acompanhar as lesões cutâneas, com frequente envolvimento ocular ou de outros órgãos. Pode estar associado a infecção, malignidade ou exposição a fármacos. O tratamento de primeira linha são os glucocorticóides. Caso Clínico: Homem de 65 anos. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva e dor torácica. Teve alta com o diagnóstico de traqueobronquite aguda e medicado com amoxicilina e acido clavulânico. Regressou 3 dias depois por aparecimento de lesões cutâneas não pruriginosas e dolorosas. Sem febre. Ao exame objectivo apresentava diversas lesões cutâneas: placas, pápulas e vesiculas, eritematosas, de forma ovóide (as maiores de 2cm), algumas confluentes. Distribuídas pela zona occipital, pescoço, tórax e pelas extremidades superiores, com raras lesões no abdómen e membros inferiores. Apresentava também pigmentação vermelho-violacea periorbital. Analiticamente com leucocitose (14.3908/mm3), com neutrofilia (90%), elevação da proteina C reactiva (25,5mg/dL) e da velocidade de sedimentação (80mm). Internado por suspeita de síndrome de Sweet, para estudo etiológico e controlo de sintomas. Electroforese proteínas normal. Resultado histológico da biópsia de pele revelou infiltrado inflamatório neutrofílico difuso cutâneo compatíveis com síndrome de Sweet. Iniciou tratamento com prednisolona 20 mg, com melhoria 72h após o início de corticoterapia. Diagnóstico final: Síndrome de Sweet Clássico/Idiopático. Conclusão: Os autores pretendem descrever um síndrome incomum, muitas vezes no contexto de infecções ou exposição a fármacos. No entanto, salienta-se a associação frequente com patologia neoplásica, pelo que se deve manter seguimento rigoroso de forma a intervir precocemente.

PO-01-04

UM CASO DE NEUROPATIA PERIFÉRICA AUTO-IMUNE

Ivo Cunha, Alexandre Vasconcelos, Eduardo Eiras, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A crioglobulinemia mista há muito é reconhecida como uma causa importante de neuropatia periférica em doentes com infecção crónica por vírus da hepatite C. Apresentamos o caso clínico de uma doente de 46 anos com infecção crónica por VHC não tratada que se dirigiu ao SU por quadro com 10 dias de evolução iniciado com síndrome gripal associado a mialgias e cefaleias holocraneanas de instalação progressiva sem sinais meníngeos. No dia seguinte desenvolveu parestesias ao nível do dorso do pé direito que se estenderam até ao joelho pela face anterior e posteriormente ao nível do pé esquerdo, condicionando fraqueza muscular e dificuldade na marcha, sem alterações cutâneas ou artralgias associadas. Ao exame neurológico apresentou diminuição marcada da dorsiflexão do pé direito, hipostesia no dorso do pé direito e face tibial anterior direita e abolição de reflexos aquilianos à direita. Realizou punção lombar e Tc cerebral sem alterações. Durante o internamento manteve alterações sensitivas restritas à face anterior da perna direita e dorso do pé. Realizado estudo eletromiográfico que apresentou "polineuropatia de incidência sensitiva e axonal" e estudo analítico com factor reumatóide elevado (443 UI/ml), C4 diminuído (6,6 mg/dl) tendo-se identificado uma crioglobulinemia mista. Iniciou Rituximab na dose de 375 mg/m2/semana (4 semanas), fez pulso de metilprednisolona 500 mg seguido de prednisolona 1 mg/Kg/dia com resolução clínica e encaminhamento para consulta de Medicina Interna para iniciar tratamento da infecção por VHC. Aos autores parece importante alertar que embora o enquadramento clínico do doente parecesse muito sugestivo de crioglobulinemia, a sua forma de apresentação não foi a mais comum, não tendo a vasculite que se manifestar sempre com alterações cutâneas como acontece em 90-95% dos casos, e que não deverá ser adiado o início do tratamento para a crioglobulinemia associada ao VHC, podendo-se iniciar tratamento antiviral numa fase posterior.

PO-01-05

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E SINDROME ANTI-FOSFOLIPIDO: JUNTOS MAS NÃO MISTURADOS

Ana Patrícia Gomes, Eduardo Carvalho, Pedro Lito, Dídia Lages, Dália Estevão, Carlos Lino, Margarida Oliveira, Teresa Santos
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO:A síndrome dos anticorpos anti fosfolípidos(SAAF) caracteriza-se pela presença de trombose arterial e venosa recorrentes(TVR) e complicações obstétricas. Inicialmente descrito em doentes com Lupus Eritematoso Sistémico(LES), não é necessária a sua existência para o seu diagnóstico. O LES é o protótipo de doença auto-imune sistémica de causa desconhecida de afectação multiorgânica. A produção de anticorpos antinucleares(ANA) é uma característica particular da doença. CASO CLINICO: Homem de 33 anos internado por dor no hipocôndrio esquerdo de 3 meses de evolução com enfartamento, dispneia em decúbito e perda ponderal não quantificada. Antecedentes TVR há 12 anos após traumatismo, gastrite antral e petéquias nas pernas. Negou fotossensibilidade ou queixas reumatológicas. Ao exame objectivo estava normotenso e apirético. Auscultação cardiopulmonar normal, com esplenomegalia de 12 cm e petéquias nas pernas. Analiticamente trombocitopenia, Dimeros D 1414 (0-500ng/mL), Ac.Anti-Cardiolipina IgG 235,1(0.0-20 GPLU/mL), Ac.antiB2glicoproteina IgG 243,9(0-20U/mL), Ac.Lúpico 2.52(forte), ANA, anti-DNA, e Ac. Antinucleossomas positivos, C3 baixo, VS 52(0-15), PCR e serologias negativas. Ecografia descreveu esplenomegalia de 17,1 com parênquima heterogéneo e descartou trombose da veia porta. TAC e angio-RNM abdominal vieram confirmar enfarte esplénico, tendo sido medicado com enoxaparina. A repetição analítica aos 4 meses em consulta, veio confirmar o SAAF. Nessa altura com aparecimento de aftas orais recorrentes, associada a artrite do cotovelo esquerdo, com análises sobreponíveis. Pelo cumprimento dos critérios de LES, iniciou lepicortinolo e plaquinol. Na revisão aos 6 meses assintomático. CONCLUSÕES:A heterogeneidade das manifestações clinicas no LES e a ausência de características patognomónicas são um desafio clinico. O seu diagnóstico e o despiste de SAAF, com que frequentemente se associa, são determinantes na correcta abordagem e prevenção das complicações.

PO-01-06

PÊNFIGO VULGAR- UMA RARA ASSOCIAÇÃO COM MORFEIA.

Marta Cunha, Sofia Xavier, Sara Freitas, Glória Alves, Jorge Cotter
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

ntrodução:O pênfigo vulgar (PV) é uma doença imunomediada rara, com elevada mortalidade que consiste no aparecimento de bolhas sobre pele e mucosas consequente à presença de auto-anticorpos contra estruturas das superfícies das células epidérmicas Os autores pretendem expôr uma associação incomum de PV com esclerodermia difusa(EsD). Método:Consulta do processo clínico e revisão bibliográfica.Caso Clínico: Sexo masculino 50 anos, caucasiano. Antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia. Medicado cronicamente com cálcio. Internado a 02/2006 por lesões vesiculares, indolores, pruriginosos de conteúdo seroso com posterior exulceração, localizados na face anterior do tórax com extensão para dorso e cabeça. Sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente de relevo evidenciava-se subida de PCR e VS. Realizada biópsia de uma das lesões com evidência histológica de "bolha intra-epidérmica supra basal acantolítica, com moderado infiltrado mononuclear perivascular de eosinófilos dispersos na derme sugestivo de PV. Imunofluorescência direta negativa". Iniciou corticoterapia 1mg/kgdia sem melhoria clinica iniciando à posteriori terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida 2mg/Kg/dia com regressão das lesões.Em 06/2006 por aparecimento de espessamento cutâneo na região torácica associado a queixas de dispneia para médios esforços e disfagia realizou provas funcionais respiratórias com evidência de diminuição de difusão de CO e manometria esofágica com dismotilidade esofágica.Ao exame objetivo constatava-se espessamento cutâneo da zona lombar e anterior do tórax tendo realizado biópsia de pele com demonstração histológica de aspectos compatíveis com morfeia. Até a data o doente mantém-se estável, sem intercorrências encontrando-se medicado com Azatioprina 50mg1cp/dia.Conclusão:O caso apresentado demonstra associação rara entre duas doenças cuja associação é incomum, pretendendo-se salientar o comportamento improvável deste tipo de patologias.

PO-01-07

SÍNDROME PULMÃO-RIM: UM DIAGNÓSTICO DE APARECIMENTO INSIDIOSO

Joana Sotto Mayor, André Santa Cruz, Julieta Ramalho, Margarida Robalo, Sofia Esperança, Carlos Capela.
HOSPITAL DE BRAGA

Mulher,63 anos,sem antecedentes médicos de relevo,recorreu ao Serviço de Urgência(SU)por quadro com 1 mês de evolução de:astenia, emagrecimento cerca 5 Kg(em 3 meses)associado a tosse seca.Febre com 1 semana de evolução (máximo de 39,5ºC)de predomínio noturno.Associadamente artralgias.Sem toracalgia ou hemoptise.Sem queixas urinárias.Sem contacto com doentes com Tuberculose nem viagens a locais endêmicos.Objectivamente:pálida,murmúrio vesicular globalmente diminuído;sem outras alterações.Analiticamente: leucocitose (14.500/uL)com neutrofilia,sem eosinofilia ou linfocitose; Hb 8.5g/dL, trombocitose 679.000;PCR 270;sem outras alterações.Urina com eritroproteinuria e leucocitúria.Raio x torax:opacidades alveolares bilaterais periféricas de predomino no hemitorax esquerdo. TAC tórax:"Áreas de consolidação dispersas pelo parênquima pulmonar bilaterais predominantemente periféricas(a maior com cerca 3.8 cm no segmento apical LSE de contornos irregulares, também no LSE segmento ápice posterior, LIE e LID), densificação tipo estria no LSD, algumas lesões nodulares cerca 1 cm dispersas com densidade em vidro despolido, sem adenopatias ou outras alterações.Baciloscopias negativas.Ficou internada para estudo. Estudo etiológico em internamento:ANCA PR3 8,1, com restante estudo imunológico negativo; serologias víricas negativas; VS 120 mm/h; ECA 10. Endoscopias digestivas normais.LBA sugestivo de hemorragia alveolar - contudo sem pigmento hemossidérico.Citologia e biopsia brônquica: negativo para células neoplásicas -Microbiológico expetoração e hemoculturas negativas.Urocultura:isolamento de Proteus mirabilis,tendo cumprido ciclo de antibioterapia dirigida.Gasimetria arterial com IR tipo 1 grave ao 7º dia de internamento,com necessidade de suporte de ventilação não invasiva que suspendeu por melhoria 3 dias depois.Admitido diagnóstico de síndrome pulmão-rim ANCA positivo,iniciando:corticoterapia,plasmaferese diária e ciclofosfamida semanal,com progressiva estabilidade clínica.

PO-01-08

DO EDEMA NOS MEMBROS INFERIORES ATÉ À SARCOIDOSE – O DESAFIO DIAGNÓSTICO

Cristina A. Lopes, Carmen Ferreira, Anzhela Chernovska, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta
CHMT - UNIDADE DE ABRANTES

INTRODUÇÃO: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa caracterizada pela presença de granulomas não caseosos com apresentação em vários órgãos. As lesões cutâneas podem apresentar-se com uma variedade de morfologias extensa. MÉTODOS: História clinica complementada com imagens fotográficas. RESULTADOS: Homem de 31 anos, com história prévia de atropelamento há 20 anos, com traumatismo do joelho direito submetido a cirurgia ortopédica, sem medicação habitual, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 1 mês de evolução caracterizado por lesões cutâneas puntiformes pruriginosas a nível dos pés que posteriormente evoluíram para lesões eritematosas com envolvimento do dorso dos pés e que cerca de uma semana antes do internamento surge edema envolvendo ambos os membros inferiores com agravamento rápido e extensão às coxas associados a dor a nos tornozelos, negando outras queixas. Por suspeita de celulite iniciou antibioterapia empírica, sem resposta. Durante o internamento teve picos febris máximo de 38,5ºC. Realizou ecografia abdominal e pélvica com Doppler dos vasos, sem se observar qualquer lesão ou compressão de vasos pelo que realiza TAC de corpo onde se visualiza 1 consolidação nodular na base pulmonar esquerda com 2cm de diâmetro, sem adenomegalias presentes. Realizou vários exames, nomeadamente avaliação analítica com PCR de 15.38mg/dl e VS alta de 110 mm/h. Após broncofibroscopia e posterior mediastinoscopia, chegou-se ao diagnóstico de Sarcoidose, tendo iniciado prednisolona 60mg/dia, com rápida melhoria. DISCUSSÃO: As manifestações cutâneas na Sarcoidose surgem em estimadamente 25% dos doentes. Divide-se em lesões específicas e em inespecíficas. A forma semelhante ao Eritema nodoso, como observado neste caso, classifica-se como inespecífica e tipicamente apresenta nódulos com sinais inflamatórios na região distal das pernas. A resposta à corticoterapia é rápida e eficaz, mas atrasada pela marcha diagnóstica, pelo que é importante ter esta patologia em mente.

PO-01-09

DOENÇA DE STILL NO ADULTO

Joana Frutuoso, Tania Gaspar, Ana Margarida Faria, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE- CALDAS DA RAINHA. SERVIÇO MEDICINA

Introdução: A doença de Still(DS) do adulto é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida ,clinicamente caracterizada por síndrome febril prolongado, artralgias e exantema evanescente Objectivos/Material: caso clinico Caso Clinico: Doente com 67 anos .Sem antecedentes patológicos. Internada no serviço de medicina por síndrome febril indeterminado(39º-40ºC), artralgias, exantema evanescente . Realiza TAC toraco-abdomino-pélvica com evidencia de gânglios mediastínicos. Ecografia, ecocardiograma e teleradiografria sem alterações. Estudo auto-imune , infecioso(virico e bacteriológico), urocultura e hemocultura negativas. Analiticamente com PCR de 32,7, VS 88, Hemoglobina 10,9,LDH 467 e ferritina de 6300. Perante resultados analíticos, persistência de febre com critérios de Yamaguchi e Fautrel positivos e por suspeita de DS inicia Prednisolona com diminuição curva febril às 48h. Em ambulatório por recidiva de febre e artralgias aquando tentativa de redução na dose de corticoide inicia Metotrexato .Posteriormente com várias tentativas de desmame de corticóide sempre com recidiva de febre, artralgias , exantema evanescente e elevação de PCR e ferritina . Inicia terapêutica com Tocilizumab com melhoria clinica e analítica. Conclusão: Abordagem terapêutica e diagnóstica tem vindo a evoluir (novos modificadores da doença) no entanto doença de still permanece como diagnóstico de exclusão na ausência de etiologia infeciosa, auto-imune ou neoplásica.

PO-01-10

SARCOIDOSE SISTÉMICA E PORFIRIA CUTÂNEA TARDA: UM LÚPUS MASCARADO

Rui Malheiro, Pedro Silva, Mariana Silva, Catarina Patrício, Lara Câmara, João Oliveira, Diego Carrasco, Teresa Piteira, Ana Brito, Maria Amaral, Joana Ferrão
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, MEDICINA 3

As doenças auto-imunes constituem o derradeiro desafio para o médico internista. A apresentação clínica pode ser subtil ou inespecífica e iludir o clínico. Os autores reportam o caso de um homem de 63 anos com história de alcoolismo e porfiria cutânea tarda, recorreu ao Serviço de Urgência após síncope, sem pródromos. Referia perda ponderal de 12Kg nos 6 meses prévios e febre com temperatura máxima 38.5ºC na última semana. Ao exame físico apresentava escleróticas ictéricas, pele hiperpigmentada, equimoses e placas anulares eritematosas nos antebraços e na palpação abdominal hepatomegalia. Analiticamente detetou-se leucopenia, hiperbilirrubinemia indireta e colestase, a radiografia do tórax demonstrava enfisema pulmonar e alargamento do mediastino superior. Foi internado para estudo. Durante o internamento o estudo microbiológico e as serologias virais foram negativos. No estudo analítico apresentava anticorpos antinucleares, anti-dsDNA, anti-nucleossoma e anti-histona positivos, enzima conversora de angiotensina e velocidade de sedimentação elevadas. A tomografia computorizada toraco-abdominal demonstrava múltiplas adenopatias mediastínicas e a nível abdominal hepatosplenomegalia heterogéneas associadas a múltiplas adenopatias gástricas, hepáticas, periaórticas e ilíacas. Realizou biópsia das lesões cutâneas que excluiu a possibilidade de lúpus eritematoso; biópsia óssea com medulograma e biópsia hepática revelando numerosos granulomas epitelioides não necrotizantes, hemossiderose ligeira e pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes e testes de amplificação de ácidos nucleicos para Mycobacterium tuberculosis negativos. Admitiu-se associação de sarcoidose sistémica e porfiria cutânea tarda e iniciou prednisolona 1mg/kg/dia. Teve uma resposta favorável com regressão das adenomegalias e da invasão granulomatosa a nível hepático e medular e normalização da contagem leucocitária. Mantém seguimento em consulta e sem recidiva ou complicações sistémicas da doença.

PO-01-11

MUITO MAIS QUE UM RAYNAUD

Rui Malheiro, Pedro Silva, Mariana Silva, Catarina Patrício, Lara Câmara, João Oliveira, Diego Carrasco, Teresa Piteira, Ana Brito, Maria Amaral, Joana Ferrão
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, MEDICINA 3

Os autores relatam um caso de uma mulher de 79 anos, caucasiana, com antecedentes conhecidos de anemia refratária com sideroblastos em anel (ARSA), recorreu ao serviço de urgência por quadro de fadiga de agravamento progressivo e surgimento de lesões cutâneas nas mãos e joelhos. Negava outros sintomas associados. Ao exame objetivo apresentava pápulas purpúricas na face extensora dos dedos das mãos e joelhos bem como fenómeno de Raynaud e úlceras digitais em fase de cicatrização. Analiticamente detetou-se anemia (5.8x10g/L) e leucopenia (2.300x109/L), sem outras alterações. Foi efetuado suporte transfusional com 2 unidades de concentrado eritrocitário e foi internada para estudo. Do estudo complementar efetuado constatou-se eletroforese das proteínas com pico gama de base alargada, anticorpos anti-nucleares 1/160 com padrão mosqueado e anticorpos anti-TIF Gama positivos, estando os restantes parâmetros dentro dos valores da normalidade, inclusive a creatinina cinase. Os achados histológicos da biópsia cutânea foram de edema da derme superficial, ectasia marcada dos vasos do plexo vascular superficial, infiltrado linfocitário perivascular e dermite de interface. Na tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica não se detetaram alterações sugestivas de neoplasia. Face aos achados clínicos, analíticos e histológicos admitiu-se estar perante Dermatomiotise Amiopática (DMA) secundária à ARSA. Iniciou terapêutica vasodilatadora e antiagregante para controlo do fenómeno de Raynaud e úlceras cutâneas, e corticosteroide em baixa dose. Hoje é seguida na consulta de Doenças Auto-Imunes e mantém-se sem envolvimento muscular. A DMA é uma variante da dermatomiosite sem evidência de envolvimento muscular a nível clínico ou laboratorial. É mais prevalente nos adultos e no sexo feminino. O seu surgimento obriga a despiste de doença neoplásica oculta. A terapêutica de primeira linha é a corticoterapia, à qual poderão ser adicionados fármacos modificadores de doença reumatológica.

PO-01-12

ENDOCARDITE "TRANSFORMADA" EM SÍNDRO-ME DE CHURG STRAUSS: PARA QUE SERVE O INTERNISTA.

Ana Sousa, Tiago Tribolet de Abreu.
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: as doenças da autoimunidade têm com frequência manifestações diversificadas, por vezes confundíveis com outros diagnósticos. O síndrome de Churg Strauss, ou angeite granulomatosa alérgica, é um síndrome raro de etiologia desconhecida caracterizado por uma vasculite dos pequenos vasos acompanhada de asma, eosinofilia marcada e infiltrados pulmonares. Quando não tratado apresenta elevadas taxas de mortalidade, muitas vezes associada a complicações cardíacas. Caso Clínico: Descrevemos o caso de um homem de 76 anos com antecedentes de hipertensão arterial, asma e polipose naso-sinusal difusa internado no serviço de medicina, com o diagnóstico de endocardite bacteriana, por um quadro com >1 mês de evolução de agravamento da dispneia e pieira já habituais, acompanhado de parestesias ao nível das mãos, diminuição da força muscular e lesões tipo púrpura nos membros inferiores. Analiticamente destacava-se eosinófilia marcada, elevação da troponina e NTproBNP, ainda hemato-proteinúria. O estudo etiológico revelou VDRL positivo, factor reumatóide e P-ANCA/MPO positivos. A biópsia das lesões cutâneas revelou infiltrado inflamatório crónico perivascular superficial e o electromiograma com padrão de polineuropatia sensitivo-motora. O doente suspendeu a antibioterapia e iniciou terapêutica com prednisolona 80mg/dia durante o internamento com boa evolução. Conclusão: O doente apresentava 5 dos 6 critérios de diagnósticos propostos pelo American College of Rheumatology para o Síndrome de Churg Strauss (asma, eosinofilia superior a 10%, sinusite paranasal, infiltrados pulmonares, vasculite com eosinófilos extravasculares, polineuropatia ou mononeurite multiplex), para além disso a positividade do P-ANCA/MPO e a glomerulonefrite favorecem este diagnóstico. A prestação de cuidados por uma especialidade ecléctica, como a Medicina Interna, permitiu a alteração da hipótese diagnóstica inicial, com terapêutica oposta, com bom resultado.

PO-01-13

CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Serpa Soares, Joana Lima, Ana Maria Grilo, José Reina, José Vaz
SERVIÇO DE MEDICINA I – HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

A cirrose biliar primária (CBP) é uma doença auto-imune rara e mais prevalente no sexo feminino, podendo ser assintomática ou manifestar-se por astenia, prurido ou icterícia. A avaliação laboratorial frequentemente revela alteração da bioquímica hepática, anemia ferropénica, hiperlipidémia e AMA e ANA positivos. O diagnostico é feito na ausência de obstrução biliar extrahepática e/ou outra patologia hepática, elevação da fosfatase alcalina 1.5 superior ao normal, presença de AMA positivos e/ou alterações histológicas. Descreve-se o caso de uma mulher de 73 anos, com antecedentes de abcesso perivertebral cervical secundário a fístula esofágica, sem medicação habitual conhecida, referenciada a consulta de Medicina Interna por elevação das transaminases (AST 108 ALT 98) e parâmetros de colestase (ALP 858 GGT 2346). Realizou ecografia abdominal que revelou alterações estruturais difusas; TC abdominal com lobulação dos contornos e hipertrofia relativa do lobo caudado e heterogeneidade do segmento IV do fígado; biópsias hepáticas inconclusivas; colangioRM sem alterações relevantes excepto fígado com ecoestrutura discretamente grosseira. Analiticamente a salientar Ac. Antimitocôndria-M2 e ANA positivos, Hb 13.4 mg/dL e ferritina normal, hipercolesterolémia, função tiroideia dentro dos valores de referência, e défice de vit. D (14 ng/mL). Assumido o diagnóstico de cirrose biliar primária iniciou terapêutica com ácido ursodesoxicólico e vitamina D, com benefício. Mantém actualmente seguimento em consulta externa. Os autores pretendem alertar para a importância de um diagnóstico célere desta patologia, uma vez que a instituição atempada de terapêutica afecta favoravelmente o prognóstico. Importa ainda referir que, não raras vezes, a cirrose biliar primária se associa a outras doenças auto-imunes, pelo que deve ser efectuada uma história clínica dirigida à sua exclusão.

POSTERES SEM DISCUSSÃO

RESUMOS

PO-01-14

FEBRE REUMÁTICA NO SÉCULO XXI

Inês Colaço, Frederica Faria, Helena Souto, Tânia Vassalo, Diogo Cruz*, J.L. Ducla-Soares* *partilham a posição de último autor
CHLN-HSM - MEDICINA I-D

A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória que pode ocorrer como complicação de infecção por Streptococcus do grupo A não adequadamente tratada. É mais comum no grupo etário dos 5 aos 15 anos, apesar de se poder desenvolver em crianças mais jovens e adultos. É uma entidade rara no contexto epidemiológico português da actualidade. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 53 anos com antecedentes de dislipidémia e amigdalites de repetição desde os 5 anos de idade. Desde os 12 anos, em simultâneo com os episódios de amigdalite, passou a notar formações nodulares ao nível dos membros inferiores, tendo sido medicada com penicilina por suspeita de febre reumática. A doente manteve-se assintomática durante o final da adolescência, recorrendo o quadro por ocasião da gravidez, aos 27 e aos 30 anos de idade. Esta doente recorre à consulta de Medicina Interna por poliartralgias síncronas das grandes e pequenas articulações de ritmo inflamatório com 3 meses de evolução, com limitação funcional, sem alterações no exame objectivo. O estudo laboratorial que revelou: Velocidade de sedimentação de 22 mm, anticorpo HLA-B7 positivo, com restante estudo da autoimunidade negativo e título anti-estreptolisina-O 407 UI/mL (refª<400). Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou válvula mitral com fibrose dos folhetos, sem estenose e com regurgitação ligeira. Dado o quadro clínico de poliartralgias associadas a um TASO positivo e já com atingimento da válvula mitral, assumiu-se febre reumática, tendo sida medicada com penicilina benzatínica 2400000 UI intramuscular, a ser administrada mensalmente por um período mínimo de 5 anos. Ao fim de 2 meses de tratamento a doente referiu alivio completo das artralgias que se mantem na actualidade. Apesar de a febre reumática ser raramente diagnosticada nos dias de hoje, não pode ser excluída dos diagnósticos diferenciais.

PO-01-15

UM CASO DE LÚPUS EM HOMEM JOVEM

João Moreira Pinto, Vera Silveira, Teresa Padrão, Susana Franco, Maria Serpa, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Catarina Gouveia, Claudia Meireles, Olga Pereira
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Sexo masculino, 37 anos de idade, referindo hipertensão arterial com 10 anos de evolução, não medicada; fumador 20 UMA. Desde há 1 ano com anorexia e emagrecimento progressivo (16 Kg), nos últimos 6 meses com artralgias generalizadas (joelhos, punhos, cotovelos e posteriormente dos dedos das mãos) de carácter inflamatório, com rigidez matinal, de forma assimétrica, com edema dos dedos e fenómeno de Raynaud. No dia anterior da ida ao Hospital, surge febre. Ao exame objetivo, emagrecido, sem alterações auscultatórias cardiopulmonares, febril, com edema dos dedos das mãos e dor à palpação; adenopatias axilares (duas, não dolorosas). Analiticamente destacava-se anemia (Hb 11.6 g/dL NN), VS 45 mm/h, LDH 315 UI/L; Creatinina 0,8 mg/dL Ureia 28 mg/dL, sem outras alterações de relevo. Para estudo realizou TC toraco-abdomino-pélvico que descreveu pequenas adenopatias axilares bilaterais, sem outras alterações (biopsiadas, cujo resultado foi incaracterístico). EDA, colonoscopia e ecocardiograma sem alterações relevantes. Analiticamente destaca-se ANA >1/640 com padrão mosqueado e anti-Sm/RNP positivo; restante estudo de autoimunidade negativo; serologias HIV, HBV, HCV, VDRL, Borrelia burgdoferi negativas; imunidade a EBV e CMV; hemoculturas negativas. Bacteriológico expectoração ziehl-neelsen negativo. Estudo de hipertensão secundária foi inconclusivo, excluindo-se ser hipertenso por apresentar perfil normotensivo sem recurso a fármacos. Admitiu-se Lúpus eritematoso sistêmico, iniciou corticoterapia na dose de 1 mg/kg/dia com rápida resposta clínica (apirexia mantida, resolução de queixas álgicas bem como dos edemas dos dedos das mãos). Teve alta assintomático, encaminhado para consulta, sob prednisolona 40 mg id e hidroxicloroquina 400 mg id.

PO-01-16

ERITEMA NODOSO E SUA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

Marta Cerol, Sónia Almeida, José Ramalho, Marta Valentim, Rita Paulos, Ana Gameiro
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

Eritema nodoso caracteriza-se pela presença de nódulos subcutâneos dolorosos em localização preferencial pré-tibial, com regressão espontânea após 4-6 semanas. É idiopático em cerca de 50% dos casos, mas pode ser uma manifestação de doença sistémica sendo necessário excluir patologias subjacentes como doenças auto-imunes, infecções e neoplasias. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 53 anos, sem antecedentes conhecidos, que recorreu ao serviço de urgência por nódulos dolorosos pré-tibiais e nas palmas das mãos, artralgias e astenia com 2 semanas de evolução. À observação apresentava parâmetros vitais estáveis, nódulos subcutâneos dolorosos com sinais inflamatórios na região pré-tibial e palmas das mãos e edema distal dos membros inferiores. Analiticamente a destacar LDH 177U/L e PCR 7.65mg/dL. Teve alta medicada com prednisolona 40mg/dia e analgesia, encaminhada para consulta externa de Medicina Interna. À observação após 3 semanas, remissão parcial dos nódulos mas manutenção das queixas álgicas. Do estudo analítico destaca-se: VS 24mm, electroforese de proteínas sem alterações, serologias de patologias infecciosas e estudo auto imune negativo, ECA 88U/L e IGRA positivo. A TC de tórax revelou presença de múltiplas adenopatias mediastínicas simétricas. Broncofibroscopia cujo lavado broncoalveolar continha rácio CD4+/CD8+ de 11.6 e 38% de linfócitos. A histologia das biopsias brônquicas não revelou granulomas ou tecido neoplásico. A histologia da biópsia transtorácica de gânglio mediastínico mostrou presença de linfadenite granulomatosa não necrotizante sugestiva de sarcoidose. Mantém actualmente seguimento em consulta externa. O caso demonstra a importância da realização de uma investigação clínica adequada na presença de um sinal pouco frequente mas presente em várias patologias crónicas, de modo a ser feito um diagnóstico correcto e a administração de terapêutica precoce e dirigida.

PO-01-17

ADENOPATIAS EM MULHER JOVEM

José Pedro Fonseca, Telma Pereiro, Adelino Carragoso, Ana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: As adenopatias podem ser encontradas numa pluralidade de patologias, desde situações reativas e benignas até situações de gravidade importante. Os autores apresentam o caso de doente com febre e adenopatias cervicais. CASO CLÍNICO: Mulher de 37 anos, avaliada inicialmente pelo médico assistente por cervicalgias, diagnosticando volumosas hérnias discais cervicais. Uma semana depois, iniciou tumefação latero-cervical direita, temperaturas subfebris e queixas gerais, pelo nos foi referenciada. Objetivamente com bom estado geral, subfebril, com adenopatias latero-cervicais direitas dolorosas. Ecografia cervical com "diversas adenopatias retroauriculares à direita, a maior com 23 mm de maior eixo". Radiografia do tórax sem alterações. Estudo analítico sem alterações de relevo, sendo de destacar: serologias de doenças infeciosas negativas, hemoculturas negativas, autoimunidade negativa. Realizou-se punção aspirativa de um dos gânglios, inconclusiva, pelo que se procedeu a biopsia excisional de gânglio cervical. Foi medicada com anti-inflamatório não esteroide, com apirexia e melhoria das queixas gerais. O resultado histopatológico evidenciou uma linfadenite histiocítica necrotizante, compatível com doença de Kikuchi-Fujimoto. A doente manteve-se assintomática, apirética e houve ao longo de 3 meses desaparecimento das adenopatias. CONCLUSÃO: A doença de Kikuchi-Fujimoto é uma patologia rara e benigna de causa desconhecida embora a apresentação clínica, evolução e alterações histológicas sugiram uma resposta imunológica de mediação celular (células T e histiócitos) a um agente infecioso. É mais frequente em mulheres jovens, a apresentação mais comum é linfadenopatia cervical e febre baixa e não há tratamento preconizado. Embora habitualmente haja resolução do quadro em poucos meses pode existir recorrências, e os doentes podem desenvolver Lúpus eritematoso sistémico.

PO-01-18

FEBRE: NEM SEMPRE É INFEÇÃO!

José Pedro Fonseca, Telma Pereiro, Cláudia Martins, Adelino Carragoso, Ana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: Os autores apresentam um caso de febre arrastada, realçando a importância que uma anamnese e exame físico cuidados podem ter no estabelecimento de um diagnóstico acertado. CASO CLÍNICO: Mulher de 83 anos com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia. Admitida por febre, cefaleias e queixas gerais com 3 meses de evolução motivando vários ciclos de antibioterapia e internamento 3 semanas antes durante o qual tomografia computorizada do crânio documentou "otomastoidite direita crónica", tendo recusado punção lombar; fora medicada com ceftriaxone, tendo tido alta apirética e melhorada. Houve recidiva da febre e cefaleias bitemporais, sem alterações visuais nem queixas polimiálgicas ou articulares inflamatórias. Apresentava hiperestesia do couro cabeludo em ambas as regiões temporais. O estudo complementar documentou biomarcadores da inflamação positivos [proteína C reativa = 10.48 mg/dL e velocidade de sedimentação = 52 mm/h] e anemia normocítica normocrómica, e permitiu excluir processo infecioso. Face à suspeita de arterite de células gigantes (ACG), foi realizado ecodoppler das artérias temporais, que documentou redução dos fluxos e halo hipoecóico bilateralmente, inciando-se corticoterapia sistémica. A doente ficou apirética e assintomática. Biopsia de artéria temporal realizada 4 dias depois confirmou ACG. CONCLUSÃO: A ACG é uma vasculite sistémica crónica de grandes e médios vasos. Envolve mais frequentemente os ramos cranianos das artérias que se originam do arco aórtico, sendo a complicação mais temida a perda visual. O diagnóstico deve ser equacionado em doentes com> 50 anos e cefaleias de novo, alterações visuais súbitas, polimialgia reumática, claudicação dos músculos da mastigação, febre inexplicada ou anemia e elevação de biomarcadores de inflamação. Apesar do valor do ecodoppler das artérias temporais, é um exame operador dependente e mesmo em mãos experientes não permite prescindir, por enquanto, da biopsia da artéria temporal.

PO-01-19

SÍNDROME LÖFGREN: UMA FORMA AGUDA DE SARCOIDOSE

Giovana Ennis, Ana Pinho, Cristina Andrade, Cláudia Martins, António Monteiro
SERVIÇO MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU (HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO VISEU)

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica de origem desconhecida que se manifesta através do aparecimento de granulomas não caseosos. O síndrome de Löfgren é uma forma de apresentação aguda da sarcoidose, geralmente constituída pela tríade: poliartralgias/artrite, linfadenopatias hilares bilaterais e eritema nodoso. Caso clínico: Mulher de 52 anos, seguida em consulta por fibromialgia, com queixas com duas semanas de evolução de artralgias generalizadas, mialgias, astenia, tosse seca e edema nos membros. Ao exame objetivo apresentava-se febril, com artrite na 2ª e 3ª articulações metacarpo-falângicas bilateralmente e lesões nodulares cutâneas dos membros superiores e inferiores sugestivos de eritema nodoso. Foi medicada com prednisolona 20mg id. Por ausência de melhoria recorreu novamente ao hospital tendo ficado internada. Na radiografia do tórax apresentava ingurgitamento hilar bilateral com reforço do retículo. A TAC de tórax revelou adenopatias axilares, mediastínicas e hilares. A enzima conversora da angiotensina sérica estava aumentada. Realizou broncofibroscopia cuja análise do lavado broncoalveolar revelou 58% de linfócitos e relação de CD4+/CD8+ aumentada. A biópsia cutânea da lesão nodular da perna revelou paniculite septal compatível com eritema nodoso. A doente apresentou agravamento clínico com novas lesões cutâneas nodulares e dolorosas, pelo que foi necessário aumentar a dose de prednisolona para 1mg/Kg/dia, com melhoria das queixas álgicas, do edema articular e regressão das lesões. Discussão: As manifestações extra-torácicas associadas à sarcoidose podem ser a forma de apresentação da doença ou podem surgir ao longo da progressão da doença. O síndrome apresenta bom prognóstico, com uma evolução benigna e auto-limitada, com remissão espontânea durante o primeiro ano. A presença de todas as características do síndrome de Löfgren tem uma especificidade diagnóstica de sarcoidose de 95%, permitindo um diagnóstico clínico.

PO-01-20

UM CASO DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Priscila Diaz, Natália Fernandes, Lacerda Nobre
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de médios/grandes vasos, envolvendo frequentemente os ramos da artéria carótida externa, em particular a artéria temporal. A biopsia é o exame gold standard para o diagnóstico. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 65 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, traço de talassémia minor e síndrome depressivo; que recorreu ao Serviço de Urgência por febre com cerca de 18 dias de evolução, temperatura axilar 37,5 – 38ºC, sem padrão definido, acompanhada de astenia e tosse com expectoração mucosa. Sem alterações de relevo ao exame objectivo à admissão. Analiticamente a destacar a presença de anemia microcítica hipocrómica (Hb 8.5g/dl) e elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 14.28 mg/dl). Ao longo do internamento, manteve picos febris diários, sem padrão definido. Referindo esporadicamente desconforto epigástrico, pós prandial e cefaleia de predomínio frontal, com intensidade ligeira, não pulsátil, associada a fotofobia. No estudo etiológico sem evidência de etiologia infecciosa, bacteriana, vírica ou tuberculosa. Estudos de imagem e endoscópicos sem evidência de neoplasia. Serologias HIV negativas e estudo imunológico negativo. Ao exame objectivo artérias temporais pulsáteis, evidenciando discreta assimetria, com trajecto ligeiramente mais tortuoso e menor pulsatilidade à direita. O eco doppler das artérias temporais que não revelou alterações de relevo. Contudo, dada a suspeição clínica, optou-se por realizar biopsia da artéria temporal direita que revelou ACG. Instituída corticoterapia, com melhoria clínica significativa e resolução do síndrome de resposta inflamatória sistémica. Em follow up sob corticoterapia em desmame, sem recorrência da sintomatologia. A ACG é uma patologia cujo diagnóstico requer um elevado grau de suspeição clínica e em que o tratamento precoce é essencial para evitar complicações isquémicas irreversíveis.

PO-01-21

ANEMIA DE ADDISON-BIERMER: UM CASO CLÍNICO

Ana Ponciano, Catarina Faria, José Leite, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA 2

A anemia de Addison-Biemer, ou anemia perniciosa adquirida, é uma doença auto-imune em que os anticorpos são dirigidos contra as células parietais do estômago e/ou ao fator intrínseco, resultando em deficiência de vitamina B12. Caracteriza-se por anemia megaloblástica e sintomas gastrointestinais, constituindo a causa mais frequente de défice desta vitamina. Embora comum nos idosos (> 60 anos), é menos comum nos adultos (15% dos casos) e rara em crianças e adolescentes. A doença pode permanecer assintomática durante anos ou manifestar-se com sintomas inespecíficos como fadiga, astenia, e está frequentemente associada a gastrite atrófica. O diagnóstico precoce da doença é difícil devido à apresentação não específica inicial. A presença de anticorpos contra o fator intrínseco e contra as células parietais são parâmetros de diagnóstico (70% de sensibilidade e especificidade de 100% quando combinados). Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo masculino, 79 anos, com quadro de astenia e perda ponderal de cerca de 10% do peso total em 5 meses, com náuseas associadas mas sem vómitos ou alteração do trânsito gastrointestinal. Ao exame objectivo, apresentava palidez da pele e mucosas, abdómen inocente e toque retal com esfíncter normotónico, sem massas palpáveis e presença de fezes no dedo de luva, sem vestígio de sangue, muco ou pús. Analiticamente, apresentava hemoglobina de 5.5g/dL, volume globular médio 129.2fL, vitamina B12 25pg/mL. O esfregaço de sangue periférico revelou macrocitose marcada. Anticorpos anti fator intrínseco e anti células parietais positivos. Realizou endoscopia digestiva alta com presença de gastrite atrófica multifocal. Com o tratamento com vitamina B12, verificou-se normalização dos valores de hemoglobina e dos níveis de vitamina. O prognóstico é favorável nos doentes tratados. No entanto, existe risco acrescido de tumores carcinóides e de adenocarcinoma gástrico.

PO-01-22

A TOSSE NA ARTRITE DE CÉLULAS GIGANTES-UM SINTOMA POUCO FREQUENTE

Sérgio Pina, Sofia Amálio, Ana Lopes
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - UNIDADE DE FARO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução:A Arterite de Células Gigantes (ACG) é a forma mais frequente de vasculite no adulto, atingindo sobretudo artérias provenientes do arco aórtico.Os sintomas mais frequentes são:cefaleia,hipersensibilidade do escalpe,claudicação mandibular.A polimialgia reumática ocorre em 40% dos casos.Amaurose resultante da isquémia do nervo óptico é das principais complicações.Em 10% dos casos há envolvimento pulmonar, sendo a tosse crónica não produtiva um sintoma raro, cada vez mais reportado e cuja fisiopatologia é pouco compreendida.Caso Clínico:Mulher de 81 anos, com história conhecida de hipertensão arterial, dislipidémia, com amaurose por episódio recente de Neuropatia Óptica Isquémica Anterior (NOIA) presumida aterosclerótica sem resposta a pulsos de metilprednisolona.Medicada com:amlodipina; valsartan; sinvastatina.Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tosse seca com 1 semana de evolução, sem febre, dispneia ou toracalgia.Ao exame objectivo: apirética, eupneica,sem alterações à auscultação cardio-pulmonar ou restante exame físico.Analíticamente destacava-se uma anemia normocítca, normocrómica, PCR de 163mg/L e VS 62mm/h.Radiografia do tórax sem alterações.Foi internada com a presunção de traqueobronquite aguda, medicada com ceftriaxone.Durante o internamento apurou-se mialgias e artralgias referidas à cintura escapular e pélvica com 2 anos de evolução, a VS (> 100 mm/h em análises de ambulatório) manteve-se elevada apesar da diminuição da PCR, o que associado à história de NOIA levou a colocar-se hipótese de ACG. Medicada com corticoterapia com melhoria clínica, incluíndo da tosse.Em ambulatório fez biópsia da artéria temporal que confirmou o diagnóstico.Conclusão:Este trabalho pretende alertar para a tosse como sintoma de ACG. A tosse pode ser um fator confundente levando a diagnóstico e tratamento inapropriados, atrasando o reconhecimento da ACG que deve ser considerada num doente idoso com tosse seca e elevação da VS.

PO-01-23

LINFOMA, HIPERTENSÃO ARTERIAL E QUE MAIS?

Sofia Nóbrega, Rafael Nascimento, Sofia Gonçalves, João Miguel Freitas, Dina Santos, Catarina Dias, Teresa Faria, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objectivos: A esclerose sistémica é uma doença do tecido conjuntivo caracterizada pela presença de espessamento cutâneo variável e envolvimento de órgãos internos, sendo mais comum nas mulheres, entre os 30 e os 50 anos. Contudo, a apresentação pode nem sempre ser a mais típica, sendo fundamental a visão holística do doente e o reconhecimento desta patologia como causa de hipertensão arterial secundária. Métodos: Descreve-se o caso de uma doente com 64 anos, com antecedentes de linfoma não Hodgkin imunoblástico difuso de células B, submetida a quimioterapia e radioterapia, com remissão completa e que, 16 anos depois, apresenta hipertensão arterial de novo, com picos hipertensivos muito sintomáticos e de difícil controlo. Ao exame objectivo apresentava espessamento cutâneo na face, tórax e membros superiores, com diminuição das rugas faciais e microstomia, esclerodactilia e fenómeno de Raynaud, queixando-se ainda de pirose. Resultado: Analiticamente a destacar uma ligeira elevação da creatinina sérica, com função tiroideia e catecolaminas normais, e a positividade para anticorpos anti-nucleares com um título de 1/640 e para anticorpos anti-centrómero. Realizou ecografia renal que foi normal e ecocardiograma que revelou boa função ventricular e ligeira hipertensão pulmonar. Foi-lhe diagnosticada esclerose sistémica cutânea difusa e iniciou terapêutica, com bom controlo sintomático. Conclusões: Este caso prima pela peculiaridade de apresentação, uma vez que, apesar de a associação entre malignidade e autoimunidade ser conhecida, é pouco habitual o surgimento de linfoma previamente ao diagnóstico de esclerodermia, sendo que a maioria da literatura descreve o oposto. É, assim, importante encarar a neoplasia hematológica para além do seu próprio tratamento, visualizando o doente como um todo, sem esquecer a variabilidade de manifestações clínicas na esclerose sistémica e a relevância de um elevado grau de suspeição.

PO-01-24

APRESENTAÇÃO CUTÂNEA DA POLIARTRITE NODOSA

Marta Rafael Marques, Susana Sousa, Dolores Vazquez, Alexandre Pinto Mendonça, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite necrosante sistêmica caracterizada pela presença de um processo inflamatório de artérias de pequeno e médio calibre. É uma doença rara, mais comum em homens entre os 50-60 anos, de etiologia desconhecida, sendo prevalente infeções víricas crónicas, particularmente vírus hepatite B (VHB). A apresentação clínica pode ser aguda ou crónica, com intervalos assintomáticos, atingindo preferencialmente o sistema nervoso periférico, rim e pele. O diagnóstico é histopatológico e baseia-se na demonstração de lesões vasculares características. Apresenta-se um homem, 77 anos, antecedentes de estenose mitral, flutter auricular paroxístico, portador de pacemaker por doença do nó sinusal. Internado em cirurgia por colangite obstrutiva e pancreatite aguda. Pedida colaboração de medicina por lesões cutâneas do pé esquerdo, em doente com história pregressa de lesões semelhantes havia dois anos. À observação, lesões púrpuricas na face medial do pé com características inflamatórias, nomeadamente edema marcado. Associado a febre, HTA e dispneia. Do estudo realça-se insuficiência renal aguda, proteína C-reativa e velocidade de hemossedimentação elevadas, anticorpo (Atc) anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), Atc antinuclear (ANA) e fator reumatoide negativos, serologias Hepatite C e HIV negativas, Atc anti- VHB positivo; tomografia torácica mostrou derrame pleural bilateral; Biópsia cutânea revelou lesões de vasculite leucitoclástica envolvendo arteríolas de pequeno e médio calibre, características de PAN. Iniciou antibioterapia e prednisolona 1mg/kg/dia, evoluindo com melhoria do quadro respiratório e das escórias nitrogenadas, lesões em regressão. Teve alta medicado com prednisolona 60mg/dia, orientado para consulta, com descalada progressiva de corticoterapia e resolução do quadro. O diagnóstico baseou-se nos critérios: HTA, elevação ureia/creatinina, Atc anti-VHB positivo e biópsia cutânea com alterações histopatológicas compatíveis.

PO-01-25

VASCULITE DE IGA NO ADULTO - UM CASO CLÍNICO

Guiomar Pinheiro, Inês Furtado, Samuel Fonseca, Tiago Almeida, Rute Alves, Ana Campar, Teresa Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

A púrpura de Henoch-Schoenlein, agora designada Vasculite de IgA, é rara nos adultos com um incidência anual de 0.1 a 1.8 por 100.000 indivíduos. Os autores trazem o caso de um homem de 55 anos, sem antecedentes de relevo que se apresenta no serviço de urgência com poliartralgias migratórias e lesões maculopapulares purpúricas nos membros, abdómen e dorso. Referência a episódio de coriza na semana prévia. Sem história de tóxicos ou outras queixas. Analiticamente ressalva-se proteinúria de 2.76g/dia, com estudo imunológico negativo (pANCA negativo), plaquetas e coagulação normal. Realizada biópsia cutânea, que revelou vasculite de pequenos vasos, sugerindo a hipótese de vasculite leucocitoclástica. Biópsia renal a confirmar lesões compatíveis com nefropatia de IgA. Assim foi assumido diagnóstico de vasculite de IgA segundo critérios EULAR, verificando-se resolução total do quadro aos 9 meses sob corticoterapia sistémica em desmame. A etiologia da vasculite de IgA permanece desconhecida. No entanto, em estudos em crianças, existe uma associação positiva com infeção das vias aéreas superiores que poderá funcionar como estímulo para o desenvolvimento desta patologia – algo que se verificou no presente caso. Serve o presente caso para reforçar a noção de que a apresentação clássica com envolvimento renal severo deverá ser um alerta para o diagnóstico diferencial de adultos com lesões purpúricas.

PO-01-26

OS FÁRMACOS BIOLÓGICOS NAS DOENÇAS AUTOIMUNES: A EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Pedro Neves Tavares, Sonia Chan, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

A terapêutica com fármacos biológicos está indicada em situações clínicas muito específicas, como por exemplo, em várias doenças autoimunes. Estes fármacos demonstraram ser eficazes não só no controlo clínico e analítico da doença subjacente mas também na melhoria na qualidade de vida dos doentes. Os autores propuseram-se a fazer uma análise observacional, transversal, de todos os doentes sob terapêutica com fármacos biológicos acompanhado numa consulta de doenças autoimunes. Foram analisados 22 indivíduos, com idades compreendidas entre os 33 e os 80 anos (idade média de 58.3 anos), seguidos na mesma consulta de doenças autoimunes. Os diagnósticos mais frequentes foram a artrite reumatoide (60.9%) e a espondilite anquilosante (26.1%). Os fármacos mais utilizados são o etanercept e o golimumab (ambos 30.4%) e o infliximab (17.4%). Na data do estudo os doentes encontravam-se a realizar terapêutica em média à 3.5 anos. Destes doentes 39.1% encontravam-se com a doença inactiva, 27.1 com actividade leve, 26.1% com actividade moderada e apenas 8% com score de actividade elevada. Em 87% dos doentes ocorreu melhoria dos scores de actividade após início de biológico e em 8.7% manutenção de score de actividade. Em 82.6% dos doentes não foram observados efeitos adversos, em 4.5% ocorreu uma intercorrência infecciosa e em 4.5% dos doentes o fármaco foi suspenso por alterações neurológicas. Os autores consideram que, apesar da amostra pequena, este estudo mostra que a terapêutica com estes fármacos apresenta bons resultados clínicos e analíticos, associado a um bom perfil de segurança, pelo que devem ser ponderados nos doentes com doenças autoimunes e falência da terapêutica de 1ª linha.

PO-01-27

DOENÇA RENAL TERMINAL INDUZIDA POR VASCULITE EM DOENTE COM NEFROPATIA DIABÉTICA

Verónica Botelho Guiomar, Maria João Rodrigues Ferreira Pinto, José Abílio Vilas Boas Ribeiro, Roberto Pestana Silva, Pedro Rodrigues Pereira
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Objetivos: As vasculites condicionam a perda de integridade vascular com consequente hemorragia ou isquemia e necrose dos tecidos afetados. Métodos: estudo retrospetivo de um caso clínico. Resultado: homem, 42 anos de idade, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 com nefropatia, excesso ponderal e doença coronária. Recorre ao serviço de urgência por confusão e lentificação psicomotora com uma semana de evolução. Medicado com claritromicina e amoxicilina-ácido clavulânico há quatro dias por amigdalite aguda. Com astenia em progressão no último mês. Nos últimos dois meses, consumo frequente de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) no contexto de cefaleias e mialgias generalizadas. Exame objetivo sem alterações de relevo. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica de novo; leucocituria, eritrocituria e proteinuria na faixa nefrótica; lesão renal aguda/rapidamente progressiva não oligúrica complicada por acidemia metabólica e hipercaliemia a condicionar necessidade de hemodiálise urgente. Internado para estudo, ponderando como diagnósticos diferenciais vasculite, glumerulonefrite após infeção estreptocócica, nefrite intersticial aguda por consumo de AINEs, glomerulonefrite membranosa em doente com nefropatia diabética e necrose tubular tóxica por consumo de betalactâmicos. Estudo imunológico a revelar positividade para o anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos do subtipo mieloperoxidase (ANCA/MPO+), com biópsia renal a confirmar a presença de crescentes celulares e necrose fibrinoide em rim com nefrite intersticial e sinais de cronicidade. Doente iniciou programa de imunossupressão com ciclofosfamida e corticoterapia, mas sem recuperação da função renal. Conclusões: As vasculites ANCA-MPO+ entram frequentemente em programa de substituição de função renal, sendo que a maioria dos doentes permanece em diálise mesmo após imunossupressão.

PO-01-28

POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA, UM ACHADO INESPERADO

Vanessa Ventura Vieira, Tatiana Pires, Leonor Monjardino, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A poliangeíte microscópica é uma vasculite necrosante com poucos ou nenhuns complexos imunes afectando os pequenos vasos. O rim e o pulmão são orgãos frequentemente afectados nesta doença, o que determina o prognóstico. A prevalência é superior no sexo masculino e em 75% há positividade ANCA. Assim, os autores apresentam um caso deste tipo de Vasculite numa mulher e com envolvimento exclusivo cutâneo, sendo por isso raro e atípico. Métodos: Revisão bibliográfica e de caso. Resultado: Mulher, 56 anos, com Hipertensão arterial e Dislipidémia, em seguimento na Consulta de Medicina Interna por quadro de lesões purpúricas palpáveis, dispersas por ambas as pernas, não pruriginosas e fenómeno de Raynaud em ambas as mãos, com 6 meses de evolução. Negava queixas do foro respiratório, urinário ou articular. Analiticamente destacava-se hemograma, função renal e Urina II sem alterações. Serologias para EBV, CMV, HBV, HCV, HIV 1 e 2, VDRL negativas. ANA positivo e anticorpos anti-centrómero – 1/450, restante autoimunidade negativa. Ecocardiograma com disfunção diastólica e PSAP 37 mmHg. TC tórax de alta resolução sem alterações de relevo. Biópsia cutânea: poliangeíte com ulceração e necrose fibrinóide - poliangeíte microscópica. Assim, iniciou terapêutica com Prednisolona e Plaquinol, com melhoria significativa do quadro e sem aparecimento de nova sintomatologia. Conclusão: Este caso torna-se importante não só pela forma atípica de manifestação da doença, bem como pelo facto do diagnóstico ter sido realizado de forma precoce, o que motivou a introdução atempada de imunossupressores, melhorando a morbi-mortalidade inerente a este tipo de Vasculite.

PO-01-29

DOENÇA DE BEHÇET - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miriam Cimbron, Paula Macedo, Patrícia Santos, Pedro Rodrigues, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica caracterizada por aftas orais recorrentes, úlceras genitais, lesões cutâneas e oculares, entre outras manifestações. A sua etiologia permanece incerta, tendo sido implicados agentes infeciosos, ambientais e hormonais que atuam como trigger de uma resposta imune desregulada em indivíduos geneticamente predispostos. Caso Clínico: Mulher de 46anos, leucodermóide, previamente saudável. Internada num Serviço de Medicina Interna para estudo de clínica com 3dias de evolução de artrite do polegar e punho esquerdos, nódulos eritematosos dolorosos dos membros inferiores, pústulas cutâneas generalizadas e aftas orais e genitais múltiplas dolorosas. Sem história de febre ou outras queixas associadas. Das análises realizadas salienta-se leucocitose 14000mm³, velocidade de sedimentação 54mm/h, proteína C reativa 25,27mg/dL. As serologias virais, o estudo da autoimunidade, o estudo da doença celíaca e o despiste do alelo do antigénio leucocitário humano (HLA) B51 foram negativos e o doseamento da calprotectina fecal foi normal. Realizou endoscopia digestiva alta e baixa que não revelaram alterações. Foi observada pela Dermatologia que realizou biópsia de nódulo eritematoso que revelou infiltrado inflamatório exuberante com predomínio de neutrófilos e o teste de patergia que foi negativo. Foi observada pela Oftalmologia e excluiu-se uveíte. O diagnóstico de DB foi realizado baseado nos critérios do Grupo de Estudos Internacional para a DB. A doente foi medicada com Colquicina 1mg/dia com resposta clínica excelente. Mantém seguimento em consulta de Dermatologia e Medicina Interna, sem recidivas clínicas. Conclusão: A DB é uma doença rara cujas principais manifestações se devem a processo de vasculite com atingimento de múltiplos órgãos e sistemas, tornando-se premente uma alta suspeição clínica, um início precoce de terapêutica e a colaboração de uma equipa multidisciplinar de forma a melhorar o prognóstico da doença.

PO-01-30

EVENTOS TROMBÓTICOS - DA PROFILAXIA À AUTOIMUNIDADE

Pedro Freitas, Elsa Soáres, Bárbara Lobão, Carlos Carvalho, Susana Marques, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 23 anos, com história familiar de lupus (LES), sob anticonceptivo oral (ACO), aparentemente bem até 10 dias antes de recorrer ao serviço de urgência (SU) por cansaço e toracalgia pleurítica. Teve alta medicada com anti-inflamatório por suspeita de contractura muscular. Por tosse e expectoração hemática recorreu novamente ao SU. À observação destacava-se diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax direito com fervores subcrepitantes. Radiografia do tórax com imagem sugestiva de derrame pleural direito. Analiticamente evidenciou parâmetros inflamatórios elevados. Gasimetria arterial sem alterações. Foram colhidos produtos para microbiologia e iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona e azitromicina por suspeita de pneumonia. Ao terceiro dia de internamento, iniciou quadro de cianose e dor no membro inferior esquerdo (MIE), tendo sido iniciada profilaxia química e mecânica para trombose venosa profunda (TVP). Posteriormente verificou-se empastamento na região gemelar. Efectuou doppler venoso e angio-TC torácica que evidenciaram TVP extensa do MIE e tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral. Iniciou enoxaparina em doses terapêuticas e foi transferida para unidade de cuidados intermédios. Do estudo etiológico, salienta-se anti-cardiolipina positivo. Restante internamento decorreu sem intercorrências e doente foi referenciada a consulta de doenças auto-imunes, sob anticoagulação oral, por provável síndrome de anticorpo antifosfolípidico (SAF). Deste caso salienta-se a incerteza etiológica dos eventos trombóticos visto tratar-se, por um lado, de uma doente internada (diminuição da mobilidade), por pneumonia com 15 dias de evolução, sob ACO (Caprini score entre 1 e 3) e sem profilaxia para TVP. Por outro lado, trata-se de uma mulher com história familiar de LES, com anti-cardiolipina positivo e evento trombótico que poderá traduzir um SAF (será confirmado, se em avaliações subsequentes se confirmar a positividade dos anticorpos).

PO-01-31

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Márcia Mendonça Souto, Inês Soares, Fernanda Linhares,
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO – UNIDADE DE CHAVES.

A arterite temporal, ou arterite de células gigantes é uma vasculite crónica de vasos de médio e grande calibre que envolve principalmente os ramos extra-craneanos das artérias com origem no arco aórtico, sendo a forma mais comum a que envolve os vasos da região temporal de forma uni ou bilateral. Os autores apresentam o caso de um homem de 77 anos de idade com antecedentes de diabetes mellitus, que recorreu ao serviço de urgência, após ter feito estudo exaustivo em consultas privadas, por cefaleias occipito/temporais intensas, astenia, anorexia, perda ponderal e dores musculares proximais intensas, com limitação do movimento, principalmente nos membros superiores, com necessidade de medicação analgésica de 8/8h, com aproximadamente 1 mês de evolução. Do exame físico destacava-se diminuição da força muscular Grau IV (mais evidente nos membros superiores) e artérias temporais não compressíveis, rígidas e dolorosas. A velocidade de sedimentação estava elevada e a biopsia da artéria temporal esquerda confirmou o diagnóstico de arterite de células gigantes. A clínica dá alto grau de suspeição diagnóstica desta patologia. O facto de este doente apresentar diminuição da força muscular e sintomas gerais exuberantes atrasou o diagnóstico e o início do tratamento que deve ser iniciado o mais rápido possível pelo risco de cegueira.

PO-01-33

CORRELAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICAS NO SÍNDROME DE SJÖGREN

Ângela Mota, Carla Eira, Sara Machado, Rachel Silvério, Claúdia Martins, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune sistémica, caracterizada por hipofunção das glândulas lacrimares e salivares, associada a diversas manifestações extraglandulares. O objetivo deste estudo foi determinar correlações clínicas e diagnósticas numa população com SS seguida na consulta de Doenças Autoimunes de um hospital central. MÉTODOS: Estudo prospectivo de uma coorte de 27 doentes com SS através da consulta dos seus processos clínicos. Procurou-se relacionar a idade de diagnóstico, tempo de seguimento em consulta e sexo com as manifestações clínicas e critérios de classificação (imunologia, Teste de Schirmer (TS) e biópsia das glândulas salivares). De igual forma, foram testadas as relações entre as manifestações clínicas e os critérios de classificação. RESULTADOS: 88,9% dos doentes foram classificados segundo os critérios apresentados em 2002 e os restantes pelos de 2012. O TS é compatível com o diagnóstico em doentes com mais de 5 anos de seguimento, de forma significativa (p=0,037). As manifestações oculares relacionam-se com a presença do Fator Reumatóide (p=0,037). Na sua maioria, o TS é compatível com o diagnóstico quando estas manifestações estão presentes (p=0,055). A biópsia salivar está relacionada de forma não significativa com as manifestações orais (p=0,057). O TS é negativo nos doentes com envolvimento cutâneo (p=0,009). As manifestações articulares manifestam-se em idades de diagnóstico mais precoce (≤50 anos), contudo esta associação não é significativa (p=0,053). As manifestações cardíacas do SS associam-se ao sexo masculino (p=0,033). A biópsia é negativa na maioria dos doentes com envolvimento respiratório (p=0,055). CONCLUSÃO: Existe uma associação entre a presença de xeroftalmia e o Fator Reumatóide, realçando a sua importância nos critérios de classificação de 2012. As manifestações cardíacas são mais comuns nos homens. A aplicação do TS em doentes com envolvimento cutâneo é dispensável.

PO-01-34

HEPATITE AUTOIMUNE INDUZIDA POR ADALIMUMAB

Joana Martins, Carmen Valdivieso, Elisabete Pinelo, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As terapêuticas biológicas e, em particular, as terapêuticas com agentes anti-fator de necrose tumoral (anti-TNF) têm vindo a ser utilizadas de modo cada vez mais frequente no tratamento de doenças autoimunes. A par desta crescente utilização, tem-se verificado um aumento crescente de relatos de doenças autoimunes induzidas por estas terapêuticas, nomeadamente vasculites cutâneas, síndrome lúpus-like, lúpus eritematoso sistémico e doença pulmonar intersticial, mas também sarcoidose, características relacionadas com síndrome anti-fosfolipídico, hepatite autoimune e uveíte. Caso Clínico: Mulher, 37 anos, antecedentes de artrite reumatoide seronegativa diagnosticada há 9 anos e inicialmente medicada com metotrexato 15mg/semana, sulfato de hidroxicloroquina 400mg/dia, ácido fólico 5mg 3vezes/semana, carbonato de cálcio/colecalciferol 500mg/400UI/dia, metilprednisolona 4mg/dia e etoricoxib em SOS. Por manter doença ativa apesar da terapêutica otimizada com fármacos antirreumáticos modificadores da doença, foi proposta para terapêutica biológica. Iniciou terapêutica com adalimumab 40mg quinzenalmente em Dezembro de 2011 com resposta clínica, não tendo apresentado intercorrências. Três anos mais tarde o controlo analítico evidenciou citólise hepática, tendo-se suspendido metotrexato. Por persistência de citólise hepática, realizou ecografia abdominal que não evidenciou alterações. O estudo imunológico foi compatível com hepatite autoimune. Suspendeu adalimumab e foi medicada com prednisolona 20mg e azatioprina 50mg, com melhoria progressiva do perfil de enzimas hepáticas e desmame de corticoterapia. Comentário: O adalimumab associa-se à indução de hepatite autoimune, principalmente entre o primeiro e sexto mês de tratamento, atingindo um segundo pico entre o segundo e quinto ano de tratamento, como no caso descrito. O reconhecimento desta entidade é importante uma vez que o tratamento implica a descontinuação terapêutica.

PO-01-35

ESCLEROSE SISTÉMICA DIFUSA

Vanessa Ventura Vieira, Leonor Monjardino, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Esclerose Sistémica Difusa é uma doença auto-imune rara, cuja incidência varia entre 9-19 casos por milhão de pessoas por ano, sendo mais prevalente no sexo feminino e na raça Negra. Os autores apresentam um caso desta doença numa mulher de raça caucasiana, cujo diagnóstico se confundiu inicialmente com outra doença do tecido conjuntivo, no qual a Corticoterapia e Hidroxicloroquina se revelaram insuficientes no controle da doença. Métodos: Revisão bibliográfica e de caso. Resultado: Mulher de 36 anos, com antecedentes de Síndrome de Bernard-Soulier e Hipotiroidismo, inicia quadro com 4 meses de evolução de Raynaud, alopécia, esclerodactilia, endurecimento cutâneo proximal dos antebraços, leucopénia e eritrocitúria. Após estudo auto-imune: ANA 1/640, RNP +++, admitiu-se Doença Mista do Tecido Conjuntivo, tendo sido medicada com Prednisolona e Hidroxicloroquina. Cerca de2 meses mais tarde inicia quadro de astenia, eritema maculo-papular disperso e eritema palmar, CK 1000 U/L, Hb 6.7 g/dL (anemia ferropénica e por défice de Vit B12) e elevação dos parâmetros inflamatórios, foram então iniciados pulsos de corticoterapia. Realizou Ecocardiograma: PSAP 32 mmHg; TC tórax com padrão em NSIP e dilatação esofágica; Capilaroscopia com Raynaud secundário, sugestiva de DMTC com fenótipo esclerodérmico; Provas de Função Respiratória com restrição à difusão; Trânsito esofágico com marcada alteração do peristaltismo esofágico, esófago de estase, estômago hipotónico; relevo mucoso esofágico, gástrico e jejunal espessado. Assim, foi admitido o diagnóstico de Esclerose Sistémica Difusa e iniciado Micofenolato de Mofetil e mantida a Hidroxicloroquina, com controle da doença. Conclusão: Como a maior parte das doenças auto-imunes, este não foi um diagnóstico fácil. Este caso ilustra que apesar da dificuldade inicial no diagnóstico, a introdução precoce de terapêutica imunossupressora veio a modelar e melhorar o prognóstico, que desde do princípio poderia ser reservado.

PO-01-36

ARTRITE REATIVA – UMA "ALTERNATIVA" À ARTRITE REUMATOIDE

Bruno Ferreira, Luísa Silva, Gilda Nunes, Ana Sá, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A artrite reativa (antigamente denominada de síndrome de Reiter) manifesta-se como oligoartrite assimétrica, geralmente das extremidades inferiores, sendo precipitada na maioria dos casos por infeções gastrointestinais ou urinárias. As manifestações extra-articulares mais frequentes são: uretrite, conjuntivite, uveíte e lesões cutâneas. É mais prevalente em jovens do sexo masculino, apresentando na grande maioria HLA-B27 positivo. O tratamento consiste em anti-inflamatórios não esteroides e nos casos mais resistentes os corticoides, a Sulfasalazina e o Metotrexato são alternativas viáveis. Os autores reportam o caso clínico dum doente de 36 anos, com história pessoal de rinite alérgica e diagnóstico recente de artrite reumatoide; internado por lombalgia com impotência funcional. Apresentava também quadro de disúria com exsudado uretral. Analiticamente destacava-se discreta elevação dos parâmetros inflamatórios; elevação transaminases e HLA-B27 positivo (serologias e restante estudo auto-imune negativo). Imagiologicamente com sinais sugestivos de sacro-ileíte esquerda. Iniciou terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides, no entanto sem melhoria clinica. No exsudado uretral foram isoladas Escherichia coli e Pseudomonas aeruginosa, ambas sensíveis à Ciprofloxacina, tendo realizado ciclo de antibioterapia com melhoria franca deste ponto de vista. Durante o internamento desenvolveu ainda envolvimento articular do punho direito, tendo-se verificado melhoria clínica das artralgias aquando da introdução de corticoterapia (Prednisolona 1 mg/kg). Teve alta com queixas álgicas controladas e referenciado à consulta externa. Permanece clinicamente estável, tendo tido no entanto, necessidade de iniciar terapêutica com Metotrexato. Este caso pretende salientar que, no vasto leque de doenças autoimunes, tanto a história clínica como a pesquisa das diferentes manifestações sistémicas são preponderantes no diagnóstico diferencial.

PO-01-37

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, FINALMENTE…

Cristina Lameirão Gomes, Helena Santos Gonçalves, Sara Raimundo, Paulo Carrola, Presa Ramos, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune sistémica, de etiologia desconhecida. Afeta 9 a 10 vezes mais o sexo feminino, com predomínio na idade fértil. Caso clínico: Homem de 73 anos, com antecedentes de prótese mecânica aórtica, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Referenciado em 2010 à consulta de Hematologia por sintomas constitucionais, hipergamaglobulinemia monoclonal (Imunoglobulina (Ig) G - 5060 mg/dL) e elevação de beta 2-microglobulina (4,68 mg/dL). Efetuou medulograma que excluiu mieloma múltiplo. Por apresentar alterações das enzimas hepáticas, foi enviado à consulta de Hepatologia nesse ano. Da investigação etiológica destacavam-se: serologias víricas negativas, anticorpos antinucleares (ANAs) positivos mas com anti-DNA nativo negativo, discreto aumento do anticorpo anti-actina F (28,8 U/mL) e elevação da velocidade de sedimentação (VS) (119 mm). Ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta sem alterações. Submetido a biópsia hepática, cujos achados morfológicos foram compatíveis com hepatite auto-imune. Iniciou corticoterapia sistémica a que se associou posteriormente a azatioprina e hidroxicloroquina, com resolução da hepatite. Suspendeu imunossupressão em 2014 após realização de biópsia hepática que excluiu atividade histológica. Em 2015 inicia disestesias, astenia e dores articulares. Optou-se por repetir estudo etiológico, constatando-se: trombocitopenia (12000/uL), ANAs (1:640 de padrão homogéneo) e anticorpo anti-dsDNA positivos, hipergamaglobulinemia policlonal (IgG e IgA), consumo de complemento e elevação da VS. O doente reiniciou corticoterapia sistémica, com boa resposta clínica e analítica. Conclusão: Este caso pretende demonstrar que após um dado clínico novo, há necessidade de reavaliar todo o histórico do doente. Se inicialmente não apresentava todos os critérios definidores de doença a evolução permitiu, mais tarde, confirmar o que já inicialmente era suspeito.

PO-01-45

NEUROCISTICERCOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rafael Silva, Rita Magano, Diana Gonçalves, João Rua, Nildelema Malaba, Luis Trindade, Vitor Duque
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B HOSPITAL GERAL

A Neurocisteciscose é uma zoonose endémica, com predomínio em países subdesenvolvidos. É a principal causa de epilepsia no adulto nestes países, tendo sequelas muito variáveis. Homem, 47 anos, residente em Moçambique, sem antecedentes ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por queixas de diminuição de força e parestesias no hemicorpo esquerdo, disartria e perda ponderal marcada (18 kg em 6 meses). Referência a episódios convulsivos tónico-clónicos há 2 meses. Ao exame neurológico destacava-se disartria marcada, diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo, dismetria à esquerda na prova dedo nariz e marcha atáxica. Realizou TC CE que mostrou "múltiplas áreas nodulares hiperdensas dispersas em ambos hemisférios a caracterizar por RM". Foi internado para estudo onde realizou RM que relatou "áreas lesionais bihemisféricas lenticulocapsulares, talamocapsulares, frontais e parietais esquerdas (…) compatíveis com Neurocisticercose, maioria das lesões em fase inactiva (calcificada) e uma lesão em fase granular (lenticulocapsular esquerda)". Electroencefalograma e RM Medular sem alterações. Realizou rastreio de doenças sexualmente transmissíveis, onde se destacava infeção por VIH-1. Iniciou terapêutica com Dexametasona 8 mg id , Albendazol 800 mg id e Levetiracetam 500 mg 2 id, ao 11º dia de tratamento, por ausência de melhoria, associou-se Praziquantel 3g id, tendo cumprido no total 21 dias de terapêutica antiparasitária. O diagnóstico foi posteriormente confirmado pela presença de anticorpos para cisticercos no sangue periférico. À data de alta, doente medicado com 40 mg de Prednisolona id, ligeira melhoria da marcha atáxica e da disartria, mantendo dismetria marcada à esquerda. Ressaltam-se as importantes sequelas que estes casos podem ter

quando o diagnóstico e terapêutica são tardios. Enaltecendo assim a exclusão sistemática deste diagnóstico em doentes com crises convulsivas de novo com viagens recentes ou residentes em países endémicos.

PO-01-46

SÍNDROME DE WEIL

Frederica Faria, Alexandra Malheiro, Karina Gama, Maria Inês Correia, Gonçalo Faro Silva, Sofia Escórcio, Ricardo Duarte, Margarida Câmara, João José Vieira, Carlos Alberto, José Júlio Nóbrega
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A leptospirose é uma zoonose cujo espectro de apresentação clínica pode variar desde formas assintomáticas até quadros graves com disfunção multiorgânica. Uma história clínica cuidada e atenta a determinados aspectos clínicos e epidemiológicos da doença e um alto grau de suspeição são fundamentais para o diagnóstico. Apresenta-se o caso de uma doente de 67 anos admitida em Cuidados Intensivos por choque séptico de causa desconhecida com disfunção multiorgânica grave, nomeadamente: a) insuficiência renal aguda (creatinina 4.86 (0.6-1.3mg/dl)), com hipocaliémia 2.9mmo/L; b) insuficiência hepática aguda com hiperbilirrubinémia grave (bilirrubina total 25.88 (<1.3mg/dl)) e alterações da coagulação; c) disfunção hematológica com trombocitopénia (plaquetas 11 (150-450/ul)) e coagulopatia com necessidade de politransfusões de múltiplos derivados de sangue. Revendo a anamnese e apresentação clínica, os seguintes aspectos, em conjunto com o quadro clínico acima descrito, foram fundamentais para a suspeita diagnóstica que se veio a confirmar: mialgias, preponderantes na região lombar e regiões gemelares, no início do quadro clínico, sufusões conjuntivais bilaterais e contexto epidemiologico: agricultora. O diagnóstico de leptospirose foi confirmado por PCR (polymerase chain reaction), positiva no sangue e serologia positiva. Neste contexto foi instituida antibioterapia com penicilina com melhoria significativa, sendo posteriormente transferida para o serviço de Infecciologia.

PO-01-47

ÚLCERA DO MIE NUM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

Adalmira Gomes,Ines Maury,Carlos Anjo,Frederico Santo,Aida Pereira,Alxandra Zagalo,Luis Caldeira
HOSPITAL SANTA MARIA INFECCIOLOGA

Introdução Celulite é o processo que atinge derme profunda e tecido subcutâneo, com sinais locais de inflamação e febre, sendo linfangite e/ou linfadenite também frequentes. Linfaedema associado à drenagem linfática anormal, insuficiência venosa crônica e síndrome nefrótica predispõem a celulite. Caso clínico Doente 57 anos, sexo feminino, raça negra, com antecedentes pessoais de infecção VIH tipo 2, DM tipo2; HTA; Dislipidémia; Insuficiência venosa crónica. Recorre ao SU por úlcera no maléolo externo do MIE, com sinais inflamatórios e dor intensa, com cerca de 1 semana de evolução. Referia picada de insecto cerca de 6 meses antes. Manteve seguimento em consulta externa de imunodepressão, mas por agravamento com aumento das dimensões da úlcera, dor intensa, edema do pé esquerdo e febre, foi decidido o internamento, com a hipótese diagnóstica de celulite do MIE. Analiticamente destacava-se leucocitose 21.830x109/L com neutrofilia 85.8%, PCR 45.4 mg/dL. Foi realizada TC-MIE que revelou espessamento e densificação do tecido celular subcutâneo da perna e pé esquerdo, não se identificando imagens compatíveis com colecções ou bolhas de ar. Iniciou empiricamente clindamicina e flucloxacilina com colheita de hemoculturas e zaragatoa do exsudado da úlcera. Assistiu-se ao longo do internamento boa evolução clínica, com diminuição dos parâmetros inflamatórios, redução do seu tamanho da ulcera e desaparecimento do exsudado. Hemoculturas foram negativas e no exsudado da ferida isolou-se Streptococcus grupo A sensível à penicilina, pelo que se alterou antibioterapia para penicilina 24 MU/dia. Teve alta referenciada para Consulta externa de Cirurgia Plástica. Conclusão O S. aureus e estreptococos do grupo A são os agentes etiológicos mais comuns da celulite, pelo que é importante a colheita de exames culturais. Os autores apresentam um caso clínico, documentado com imagens, com boa evoluçao, embora a distinção entre tecido infectado e não infectado nem sempre seja clara.

PO-01-48

ENDOCARDITE INFECCIOSA - CRÓNICAS DE UMA INFECÇÃO CRÓNICA

Manuel Martins Barbosa, Elsa Araújo, João Costelha, Joana Serôdio, Anabela Brito, Helena Vilaça, Amanda Rey, Miguel Morgado, Marta Pereira, Vítor Hugo Costa, Liliana Costa, Selmira Faraldo, Paula Brandão
ULSAM H.CONDE DE BERTIANDOS - SERVIÇO DE MEDICINA 2

O diagnóstico de endocardite infecciosa está hoje bem estabelecido e documentado. A investigação inicial apoia-se no ecocardiograma, pela sua especificidade e sensibilidade, enquanto o gold standard para demonstração de infecção é o da realização de exame anatomopatológico de vegetações removidas cirurgicamente. Contudo, há casos de endocardite infecciosa que se escapam durante décadas ao diagnóstico. Não por inabilidade clínica, não por inabilidade técnica, mas sim pela singular indolência da infecção crónica por agentes intracelulares como é o caso da Coxiella burnetti. A esmagadora das infecções cursam de forma aguda, sendo quase desprezível o número de doentes com infecção crónica...Excepto se estivermos na presença de doentes com patologia valvular pré-existente ou imunocomprometidos. Este é o caso de um homem de 57 anos, com histórico de trabalho em meio rural e infecção por hepatite C. Na infância, um incontável número de amigdalites de repetição ditou que viesse a desenvolver uma estenose mitral de etiologia reumática. Aos 45 anos realizou a primeira substituição dessa válvula por uma prótese mecância, num procedimento bem sucedido. Contudo, nos anos seguintes, uma série de episódios de "leak" periprotésico, anemia hemolítica e quadros de insuficiência cardíaca aguda levaram a três cirurgias de correcção e substituição de válvula. Apesar da forte suspeita de endocardite infecciosa, em nenhum dos casos foi possível identificar o agente pela necessidade de tratamento urgente. Foi apenas mais de dez anos após a primeira cirurgia que o quadro se clarificou, quando o doente deu entrada no SU com queixas de febre com duas semanas de evolução, tosse não produtiva, mialgias e desconforto a nível do hipocondrio direito, sendo pedidas serologias de Coxiella burnetti que reveleram titulos elevados consistentes com infecção crónica em manifestação aguda.

PO-01-49

TUBERCULOSE DISSEMINADA EM DOENTE IMUNO-COMPETENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Bernardo, Firmina Sambayeta, Nicolau Domingos, Márcia Aleixo, Josefina Marcelo, Ana Abreu, Aslev Obregon, Gizela Manuel, Naima Andrade, Manuela Neto
CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA, LUANDA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A tuberculose disseminada (TBD) decorre da ampla disseminação hematogénea do Mycobacterium tuberculosis e surge principalmente em situações de imunodepressão. Descrevemos o caso de um homem imunocompetente com TBD com envolvimento do sistema nervoso central, da coluna vertebral, região paravertebral e orgãos genitais. Caso clínico: Homem, 31 anos, com lombalgia persistente, anorexia, perda ponderal e cefaleia com 8 meses de evolução. Agravamento dos sintomas com períodos de agitação psicomotora 15 dias antes do internamento. À entrada emagrecido, desorientado, discurso incoerente, paraparésia grau 3 e assimetria testicular. Analiticamente anemia microcítica, Neutrofilia 88%, Velocidade sedimentação 21mm/1ªhora. Excluída infecção por vírus de imunodeficiência humana adquirida e sífilis. Doseamento de alfa-fetoproteína normal. Rx tórax sem alterações. A Tomografia Computorizada mostrou múltiplos micronódulos com captação de contraste em todo o parênquima encefálico, edema cerebral e captação leptomeníngea; abcesso do músculo psoas à esquerda; destruição óssea de D12 a L4, atingimento dos discos L3-L4, L4-L5 com compressão nervosa; aspectos sugestivos de granulomas próstata. Iniciou antibacilares e corticoides empiricamente. Submetido a biópsia do abcesso que foi compatível com tuberculose. Intercorrência de Pneumonia nosocomial e insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório. Evoluiu com melhoria clínica, radiológica e analítica. Atualmente em seguimento ambulatório. Discussão: O atraso em estabelecer o diagnóstico pode ter levado à progressão da doença com complicações graves nomeadamente envolvimento do SNC. O diagnóstico foi estabelecido com base no quadro clínico, nos exames de imagem, na histopatologia e resposta terapêutica. Conclusão: Chama-se a atenção da necessidade de um elevado índice de suspeita clínica para o diagnóstico desta entidade e a apresentação rara num doente imunocompetente.

PO-01-50

UMA DOENTE: DUAS PATOLOGIAS RARAS

Paulo Almeida, Joel Pinto, Joana Pires, Susana Cavadas, Maria José Moreira, Eliana Araújo
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA (CHBV) – AVEIRO

INTRODUÇÃO: Tanto o quilotórax (QLT) como a espondilodiscite (ED) são patologias raras. O QLT é uma causa de derrame pleural (DP) de etiologia nem sempre evidente. A evolução insidiosa e a inespecificidade dos sintomas da ED dificultam o diagnóstico e condicionam a rapidez terapêutica. CASO CLÍNICO: Mulher, 81 anos internada por dispneia, ortopneia e cefaleias com evolução de 3 meses e agravamento progressivo. Substituição de pacemaker há 8 meses. Sem trauma torácico. Auscultatoriamente, ausência do murmúrio vesicular e egofonia na metade inferior do hemitórax direito (HTD). Analiticamente, elevação discreta dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com opacidade em toalha dos 2/3 inferiores do HTD. Toracocentese mostrou líquido de aspeto leitoso, exsudado com elevação de triglicéridos compatível com QLT. TC tórax com DP direito organizado e sinais indiretos de trombose da veia cava superior (TVCS) no local dos eletrocateteres. AngioTC confirmou TVCS. Toracoscopia revelou padrão difuso de hipervascularização em toda a pleura parietal. Investigação de neoplasias negativa. Submetida a pleurodese com talco, tendo alta hipocoagulada. Readmitida 3 meses depois por dorsolombalgia desde há 2 meses e incontinência urinária há 2 semanas.Objetivamente, paraparésia com força muscular grau 4 e hiporreflexia osteotendinosa. TC coluna com sinais de ED T12-L1 que a RM confirmou. Isolamento de Enterococcus faecalis em hemoculturas. Cumpriu antibioterapia dirigida com 6 semanas de ampicilina e 2 semanas de linezolide. Ecocardiograma em 2 períodos sem deteção de vegetações. Boa evolução clínico-imagiológica, tendo tido alta sob reabilitação com colete de Jewett. CONCLUSÃO: Ainda que se aceite que a TVCS seja a causa do QLT, a doente mantém-se em vigilância de recidiva e despiste de outras causas. Embora a ED por Enterococo seja rara, admite-se neste caso que a bacteriémia esteja relacionada com dispositivos intravasculares e procedimentos invasivos em internamento recente.

PO-01-51

ENDOCARDITE INFECIOSA: QUANDO A HISTÓRIA ACELERA E SE AUSCULTA

Mariana Popovici, Miguel Vasques, Eunice Patarata, Teresa Bernardo, António Panarra
HOSPITAL CURRY CABRAL, CHLC, EPE

INTRODUÇÃO: A associação entre endocardite infeciosa (EI) por Strepcoccus gallolyticus spp gallolyticus(Sgg) e adenoma do colon é bem conhecida. Apresentamos um caso de evolução indolente, com transformação subaguda. CASO CLÍNICO: Mulher, 77anos, sem história prévia de relevo, seguida por médico assistente desde 2010 por anemia normocítica normocrómica de agravamento progressivo, Hb11,1g/dL (2012) - 10,8 (2013) - 9,5 (2014) e perda ponderal indolente sem causa aparente. Sem outros achados clínicos ou analíticos. Em Maio/2015, por Hb8,9g/dL, é referenciada à Hematologia (CH). Nos 3meses seguintes, refere perda ponderal grave (>20% IMC), cansaço para esforços progressivamente menores e ortopneia. Sem noção de febre ou sudorese noturna. Reobservada em Setembro, com Hb 7,4g/dL, LDH 245 U/L e elevação inespecífica de cadeias leves. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica: cardiomegalia volumosa por dilatação da aurícula esquerda, calcificação da válvula mitral (VM), pequeno derrame pericárdico. Referenciada à Medicina Interna, objetivou-se sopro sistólico mitral, grau III/VI, e edema dos membros inferiores simétrico até à raiz da coxa. Fez ecocardiograma (Eco) transtorácico: regurgitação mitral grave. Internada, realizou Eco transesofágico (ETE): VM de aspeto reumático com vegetações na face auricular, com 1cm de diâmetro, com insuficiência moderada. Iniciou empiricamente Vancomicina e Gentamicina. Hemoculturas (HC) com Sgg, pelo que Vancomicina passou a Ampicilina (pelo TSA). Fez colonoscopia total: pólipo séssil no reto distal - histologia de adenoma tubular com displasia de baixo grau. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia, fez 3HC seriadas, negativas e repetiu ETE: rotura de corda tendinosa do folheto posterior. Alta medicada para insuficiência cardíaca, aguarda intervenção cirúrgica. CONCLUSÃO: A EI tem apresentação clinica variada, por vezes indolente e nem sempre com febre. Salientamos este caso pela gravidade das lesões já estabelecidas no momento do diagnóstico.

PO-01-52

SINTOMAS COMUNS... DIAGNÓSTICO RARO

Marta Nobre Pereira, Nuno Mourão Carvalho, Iryna Lazenko, Ana Pimenta de Castro, Mário Lázaro
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - HOSPITAL DE FARO, SERVIÇO DE MEDICINA 2

A doença de Whipple é uma doença crónica e sistémica rara, causada pela bactéria Tropheryma whipplei, sendo mais prevalente nos homens com idade média de 49 anos. Caracteriza-se tipicamente por artralgias, diarreia, perda ponderal e dor abdominal. Por vezes pode haver linfadenopatias e analiticamente associa-se a anomalias típicas de má-absorção e inflamação crónica. Pode mimetizar várias patologias, pelo que o seu diagnóstico se torna bastante desafiante. Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 45 anos, caucasiano, que recorreu ao serviço de urgência por quadro com cerca de 1 mês de evolução de diarreia, emagrecimento, astenia, anorexia, cansaço fácil e gonalgias esporádicas. Do exame objectivo a salientar palidez mucocutânea, massa abominal dolorosa e de consistência elástica no quadrante superior esquerdo, sem outras alterações. Dos exames realizados, verificou-se presença de adenomegálias retroperitoneais de maior diâmetro de 2,7 cm na tomografia computadorizada (TC) e anemia com défice de ferro e ácido fólico. Durante o seguimento em consulta, por se verificar agravamento da anemia e perda de 10 kg em 1 mês, o doente foi internado para completar o estudo. Realizou morfologia de sangue periférico, mielograma e biópsia óssea, serologias virais e bacterianas, incluindo tuberculose, e estudo de autoimunidade que foram negativos. A biópsia das adenomegálias retroperitoneais guiada por TC revelou presença de células gigantes, o que recomenda a investigação de doença de Whipple. A biópsia endoscópica da mucosa duodenal revelou presença de macrófagos PAS+. Após confirmação do diagnóstico foi medicado com ceftriaxona. Actualmente é seguido em consulta, tendo recuperado o seu peso, com melhoria analítica. Está medicado com Trimetoprim-Sulfametoxazol que vai manter durante 1 ano. Em suma, a doença de Whipple é rara e versátil na sua apresentação, sendo, contudo, importante tê-la em conta, uma vez que a sua progressão sem tratamento pode ser fatal.

PO-01-53

UM SUSPEITO (IN)COMUM

Sara Irina Almeida, Miguel Araújo, Lúcia Proença, Anabela Santos, Fernanda Louro
HOSPITAL FERNANDO FONSECA

O Eritema Nodoso é uma doença inflamatória da pele e tecido celular subcutâneo, sendo uma manifestação de doença (infecciosa, neoplásica, inflamatória, auto-imune) ou reação induzida por fármacos. Dada as inúmeras causas, um diagnóstico preciso pode, por vezes, ser difícil. Apresentamos o caso de um homem de 54 anos, caucasiano. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e fibrilhação auricular, medicado com perindopril e dabigatrano. Recorre por lesões dolorosas nos membros inferiores com 2 semanas de evolução. Tinha já completado uma semana de antibioterapia, sem melhoria. Negava outra sintomatologia. À observação destacavam-se lesões nodulares na metade inferior dos membros inferiores, de coloração violácea, dolorosas a palpação. Biópsia de lesão nodular membros inferiores: "infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, perianexial e perivascular", sugestivo de Eritema Nodoso. Velocidade de Sedimentação 23 mm/h, Adenosina Deaminase: 33 U/L, serologias virais e título de antiestreptolisina negativos; Enzima Conversora Angiotensina: 10,10 U/L. Estudo autoimunidade negativo. Teste de Mantoux positivo. Telerradiografia do tórax sem alterações. Tomografia computorizada do Tórax: adenopatia sub-carinal com 3 cm, sem outras adenopatias. Realizada broncofibroscopia: Lavado broncoalveolar sem alterações; Biópsia de adenopatia subcarinal: "granulomas com áreas de necrose e células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, sugestivos de micobacteriose". Exame cultural (Bactec e Lowenstein) negativos mas devido a elevada suspeição cllínica admitiu-se tuberculose ganglionar associada a Eritema Nodoso. Iniciada antibioterapia quadrupla (isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida), com resoluação progressiva das lesões. O Mycobacterium tuberculosis continua a ser um dos agentes infecciosos mais comuns e a sua associação ao Eritema Nodoso é amplamente conhecida. Mesmo sem fatores predisponentes, na presença de Eritema Nodoso, esta etiologia deve ser sempre considerada.

PO-01-54

CONSULTA DE INFECCIOLOGIA/VIH - REVISÃO ESTATÍSTICA

Joana Carreiro, Lénio Couto, Mónica Seidi, Maria Guadalupe Benites, Almerindo Rego
HOSPITAL SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua a ser um problema global de Saúde Pública. Em 2014, estimava-se que cerca de 36.9 milhões de indivíduos estivessem infetados com VIH, com 2 milhões de novos casos nesse mesmo ano. Em Portugal, contabilizou-se cerca de 53072 casos até 2014, com 1220 novos casos. Nos últimos 15 anos, verificou-se uma diminuição de novos casos de cerca de 35% e uma queda de 24% de mortes relacionadas com SIDA. Grande parte deste progresso deve-se ao advento da terapêutica antiretroviral (TARV), nomeadamente o uso de terapêutica combinada e às novas orientações para iniciar terapêutica independentemente do valor de CD4+ e da carga viral. Os autores apresentam a estatística dos doentes seguidos em consulta externa de infeciologia num hospital distrital, infetados com VIH, totalizando 104 doentes, 71 do sexo masculino e 33 do sexo feminino, com uma média de idades de 44,5 anos. Contabilizaram-se 2 casos de infeção por VIH 2. À data de recolha dos dados 88% dos doentes estava sob TARV, 55% dos quais iniciaram terapêutica no 1º ano após diagnóstico. Antes do inicio da TARV 9 doentes apresentavam valores de Linfócitos T (LT) CD4+ superiores 500/ul e existiam 36 doentes com LT CD4+ inferiores a 200 /ul. Na avaliação analítica mais recente verificou-se que 30 doentes apresentavam valores de LT CD4+ acima de 500/ul e 9 doentes com LT CD4+ abaixo de 200/ul. Nos doentes submetido a TARV verificou-se negativização da carga viral em 85% dos casos. Observou-se uma fraca adesão à consulta e/ou à terapêutica em cerca de 36% dos doentes. Nos últimos 5 anos, registaram-se 33 internamentos (21 doentes), com duração média de 12.75 dias, sendo os motivos mais frequentes a descompensação de doença hepática crónica e infeções do trato respiratório. Verificaram-se 3 óbitos nesse intervalo de tempo. Os resultados obtidos vão de encontro com a bibliografia recente que demonstra que há uma melhoria da resposta imunológica após introdução de TARV.

PO-01-56

FALÊNCIA MULTIORGÂNICA POR RICKETSIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jemima Patrocínio, Jandir Patrocínio, Tiago Camacho, Joana Caetano, Nuno Pinheiro, Rui Almeida, Ana Furtado, Sara Gomes, Aurélia Martinho, Isabel Serra, Paulo Freitas
HOSPITAL FERNANDO FONSECA- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

A Febre Escaro-nodular ou Febre da carraça é uma zoonose, causada por uma bactéria gram negativa denominada Ricketsia, transmitida ao homem através da picada da carraça. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 85 anos com antecedentes de Hipertensão Arterial e história de convívio com animais (cães). Admitida no Serviço de Urgência por quadro de diarreia mucosa sem sangue, ou pús, prostração e dispneia. Objetivamente apresentava-se prostrada, polipneica, desidratada, subictérica, com instabilidade hemodinâmica, exantema nos membros superiores e tronco, fervores subcrepitantes à auscultação e dor à palpação no hipocôndrio direito, sem outras alterações. Laboratorialmente com Leucocitose 11800/uL, neutrofilia 95.7%, Trombocitopenia 53000, CrS 1.65mg/dl, U 77, Na 128, K 3.23, AST 160, ALT 95, FA 401, bilirrubina total 2.66, PCR 32.3, gasimetria com hipoxémia e lactatos 2.6. Rx Tórax com reforço intersticial. TAC abdominal com ligeiro derrame pleural bilateral, mínima quantidade de líquido livre intra-peritoneal, com ligeira distensão. Admitida por critérios de gravidade na Unidade de Cuidados Intensivos com diagnóstico de sépsis grave com ponto de partida a esclarecer. Foi entubada e ventilada, iniciou suporte aminérgico e terapêutica empírica com Meropenem. Perante a informação do contacto com animais, o exantema e a presença de 2 escaras de inoculação nas nádegas, assumiu-se o diagnóstico de Febre Escaro-nodular, que foi confirmado pelos testes serológicos (positivo para Ricketsia connoris), sendo a terapêutica alterada para doxiciclina. A doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e laboratorial, tendo alta ao 15º dia de internamento. Relevamos a importância do caso, uma vez que a infeção por Ricktesia geralmente têm uma evolução benigna mas por vezes originam complicações potencialmente fatais, se não forem diagnosticadas e tratadas rapidamente em ambiente de cuidados intensivos.

PO-01-57

TOXOPLASMOSE CEREBRAL - CASO CLÍNICO

Inês Fonseca, Estefânia Bustabad, Helena Sarmento, Jorge Cotter
HOSPITAL SRª DA OLIVEIRA, GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Homem, 36 anos, toxicodependente. Enviado ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 24 horas de estado confusional, incapacidade de marcha e febre. Emagrecimento marcado nas 3 semanas prévias. No SU, doente febril, com mau estado geral, Escala de Coma de Glasgow (ECG):7 (O1V1M5). A tomografia computorizada (TC) crâneo-encefálica (CE) mostrou múltiplas lesões hipodensas parenquimatosas bilaterais, com efeito de massa. Realizou punção lombar, com proteinorráquia 82,9 mg/dL, sem outras alterações. Internado no serviço de Medicina Interna, medicado com sulfadiazina e pirimetamina, por suspeita de toxoplasmose cerebral. As serologias de toxoplasma IgG foram positivas, IgM negativas e a PCR de toxoplasma positiva no líquido cefalorraquidiano. Ressonância magnética (RMN) CE com múltiplas lesões ocupando espaço cerebrais e cerebelosas bilaterais, com captação anelar do contraste e orla edematosa vasogénica, sugestivos de toxoplasmose. Diagnosticou-se infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - carga vírica (CV) 650.000 cópias/mL log6, CD4: 2 - e da hepatite C - genótipo 1a, CV 2.120.000 UI/mL log 6. Iniciou terapêutica antiretrovírica com darunavir/ritonavir + entricitabina + tenofovir, e profilaxia com cotrimoxazol e azitromicina. Como intercorrências salientam-se pneumonia nosocomial, medicado com piperacilina/tazobactam, e infecção urinária, por Pseudomonas aeruginosa, medicado com meropenem posteriormente ajustado para ciprofloxacina. Desnutrição marcada e úlceras de decúbito. Iniciou alimentação por sonda nasogástrica, com suplementos proteicos, e tratamento fisiátrico. Melhoria progressiva do estado de consciência, ECG:12 (O4V2M6). RMN-CE (6ª semana de tratamento): acentuada redução das dimensões e edema vasogénico das múltiplas lesões. Após 8 semanas de tratamento, teve alta para Unidade de Cuidados Continuados, orientado para Consulta Externa de Doenças Infecciosas. Um mês após a alta, foi internado por sépsis com ponto de partida respiratório, tendo falecido.

PO-01-58

PARVOVIRUS B19 NO ADULTO - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Rosa Cardoso, Pedro Gonçalves, David Araújo, Isabel Silva, Manuela Vasconcelos
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução:A maioria das infecções por Parvovirus B19 é assintomática; nos adultos tem apresentação muito variável. O tratamento é de suporte. Objetivo: Apresentar caso ab initio não esperado de infecção por Parvovirus B19 em doente admitida por febre e rash. Descrição do caso: Feminino, 53 anos, antecedentes depressão e hipertensão arterial (HTA); submetida a cirurgia recente de descompressão do túnel cárpico. Recorreu ao serviço de urgência três dias após término de Flucloxacilina prescrita empiricamente após a cirurgia descrita, com febre (39ºC), mialgias, náuseas e rash atingindo tronco e membros; alta medicada com antipirético e anti-histamínico. Sem melhoria da febre e mialgias, embora com alguma melhoria do exantema, mais evidente nas extremidades inferiores, recorreu novamente ao hospital - internada para estudo. Na admissão: febril, taquicárdica, normotensa, eupneica em ar; lesões petequiais no 1/3 inferior das pernas, com edema; adenomegalia inguinal direita com 1,5 cm diâmetro, dolorosa à palpação; sem outras alterações. Internada sob terapêutica de suporte, dos exames complementares a destacar: elevação de parâmetros inflamatórios (proteína C-reativa 125mg/L, leucocitose de 12 300/uL, 86% neutrofilia); citólise hepática (AST 212 U/L e ALT 337 U/L); serologias hepatite B, C e HIV I/II negativas; ecografia abdominopélvica e TC toraco-abdominopélvica sem alterações . Excluída infecção ativa por vírus herpes I e II e Epstein-barr. Suspeita de infecção por Parvovírus B19 por deteção de anticorpo IgG negativo e IgM positivo, confirmada por identificação do DNA do vírus (reação em cadeia da polimerase). Alta ao fim de 7 dias, assintomática; resolução total de lesões cutâneas. Reavaliada em consulta, com bom estado geral e normalização analítica. Conclusão: Este é um caso que ilustra uma das apresentações atípicas da infecção por Parvovirus B19 no adulto, sendo necessário por vezes um elevado índice de suspeita para a sua identificação.

PO-01-59

TUBERCULOSE PULMONAR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Aissato Abdu Cassama, Joana Braga, Sheila Coelho, Ana Almeida, Manuel Carvalho
HOSPITAL AMATO LUSITANO-CASTELO BRANCO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A tuberculose é a segunda causa de morte por doenças infeciosas no mundo. Embora a sua incidência tem vindo a diminuir em Portugal, continua a ser um problema de saúde pública importante. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 24 anos, asmática, admitida no Serviço de Urgência (SU) por um quadro com 3 semana de evolução, de tosse produtiva com expetoração mucopurulenta, dor torácica tipo pleurítica no hemotórax direito, e febre (38,2ºC). Negava sintomas gerais. Havia sido medicada com antibióticos em ambulatório, mas sem melhoria do quadro. Ao exame objetivo destacam-se a febre (38,9ºC) e roncos no terço superior do pulmão direito. Analiticamente com elevação dos parâmetros de infeção. Telerradiografia do tórax póstero-anterior mostrou uma consolidação no lobo superior direito. A gasometria arterial foi compatível com insuficiência respiratória hipoxémica. Os antigénios urinários foram negativos. Foi admitida por pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória. Iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina/tazobactam. Por má resposta ao tratamento, realizou TC tórax que revelou uma consolidação no lobo superior direito, com imagem de cavitação associada. O exame micobacteriológico direto da expetoração foi positivo para bacilos álcool ácidos resistentes. Iniciou os 4 antibacilares de primeira linha, tendo tido evolução favorável. Posteriormente o exame micobacteriológico cultural da expetoração identificou uma estirpe do complexo M. tuberculosis, sensível a todos os antibacilares de primeira linha. Teve alta referenciada para um Centro de Diagnóstico Pneumológico para continuação dos cuidados. A tuberculose pode apresentar-se com sintomas agudos e inespecíficos, podendo dificultar a sua distinção das outras etiologias das infeções das vias aéreas inferiores. Em doentes internados com pneumonia, com má resposta a antibioterapia, deve-se suspeitar precocemente da tuberculose, evitando assim a progressão da doença, e a sua disseminação.

PO-01-60

RAMSEY-HUNT REVISITADO

João Gonçalves, Inês Furtado, João Neves, Joana de Castro Rocha, Fernando Gonçalves, Nuno Sá, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A reativação do vírus varicela-zoster é uma realidade cada vez mais comum perante a presença de uma população mais idosa e uso disseminado de terapêuticas imunossupressoras e imunomoduladoras. Uma das apresentações mais clássicas é o Síndrome de Ramsey-Hunt caracterizado pela presença de atingimentos do nervo facial. Aqui se apresenta um caso clinico de infeção do sistema nervoso central com polineurite craniana. Doente de 65 anos com limitação no contexto de dor crónica por carcinoma urotelial da bexiga com metastização óssea sob quimioterapia paliativa. Orientado para o serviço de urgência pela presença de desvio da comissura labial. Observada parésia facial periférica esquerda, vertigem com desiquilibrio na marcha preferencial para a esquerda e a presença de vesiculas no pavilhão auricular esquerdo. Realizada punção lombar com saída de liquor claro mas a revelar pleocitose com predomínio de monoculeares, ligeira proteinorráquia e positividade do VVZ em PCR. Assumido Sdr de Ramsey-Hunt sendo que, mesmo ausência de sinais claros de meningismo, tendo em conta a presença de imunossupressão foi proposta terapêutica endovenosa com aciclovir durante 21 dias com administração concomitante de corticoterapia. Durante o internamento verificou-se resolução das vesiculas e melhoria parcial da parésia facial e do desequilíbrio na marcha. Contudo, no mês seguinte o doente foi reinternado por infeção urinária associado aos cuidados de saúde vindo a falecer por progressão da doença neoplásica. A síndrome de Ramsey-Hunt caracteriza-se pela presença de reativação do VVZ com atingimento no nervo facial. Neste caso verificou-se tingimento concomitante do componente vestibular do VIII par. Embora seja possível uma recuperação parcial dos deficits habitualmente verifica-se a persistência de deficits residuais. Este caso demonstra a variabilidade de apresentação dos casos de reativação por VVZ ainda mais com a utilização comum de terapêuticas imunossupressoras.

PO-01-61

TUBERCULOSE - A GRANDE IMITADORA

Rita Grácio, Tatiana Pires, Nariel Ferreira, Diana Fernandes, Conceição Neves, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - MEDICINA I

A tuberculose (TB) óssea corresponde a cerca de 3% dos casos de TB, sendo que a coluna vertebral é a localização mais frequente, observada em 50% dos casos. Com o advento da terapêutica tuberculostática, a espondilodiscite tuberculosa, ou mal de Pott, tornou-se rara nos países desenvolvidos. Continua a apresentar, contudo, potencial para causar morbilidade importante, nomeadamente deformidades ósseas e défices neurológicos. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 61 anos, com antecedentes de diabetes mellitus 1, hipertensão arterial e dislipidémia. Trata-se de uma doente admitida no hospital por quadro de dor na região lombo-sagrada, fina, persistente, intensidade 8/10, sem irradiação, associada a perda ponderal e episódios ocasionais de febre. Os exames de imagem realizados evidenciavam lesões osteolíticas, mais acentuadas em D12, L1 e L5, associadas a massa para-vertebral antero-lateral ao nível da transição D11-L1, sugerindo doença metastática, contudo, sem nunca se identificar tumor primário no restante estudo complementar. Do estudo analítico realizado, destaca-se IGRA +, sem isolamento de BK. A doente apresentou agravamento progressivo das queixas álgicas e défices neurológicos, nomeadamente, diminuição da força muscular em ambos os membros inferiores e incontinência de esfíncteres. Durante o seguimento foi objectivada massa palpável na região infra-clavicular direita. Foi realizada biópsia cuja histologia foi compatível com processo granulomatoso com necrose e pesquisa por PCR positiva para M. tuberculosis. Iniciou terapêutica tuberculostática quádrupla e foi submetida a cirurgia lombar. Actualmente, sem queixas álgicas e com total recuperação dos défices neurológicos. Este caso exemplifica a dificuldade diagnóstica associada à TB e a importância da suspeição clínica, com vista a um diagnóstico e instituição terapêutica precoces, de modo a reduzir o risco de mortalidade ou de sequelas neurológicas.

PO-01-62

MENINGOENCEFALITE VIRAL ASSOCIADA AO VIH - UM CASO CLÍNICO

Cristina Costa, Sofia Sobral, Marisa Araújo, Susana Boavida, Luís Caldeira
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL SANTA MARIA, SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

RESUMO: As complicações neurológicas ocorrem em mais de 40% dos doentes com infeção VIH, representando um desafio diagnóstico no contexto das manifestações sistémicas da doença. A síndrome de meningoencefalite viral associada ao VIH pode surgir durante a primoinfeção (por seroconversão) ou em qualquer altura depois, nomeadamente no contexto de interrupção da terapêutica anti-retroviral (TARV) por reinício súbito de replicação viral, ou durante a terapêutica por emergência de resistências. Apresenta-se um homem de 68 anos, natural de Moçambique, em Portugal há quatro meses para renovar prótese do membro inferior direito(MID). Antecedentes de infeção VIH tipo 1 conhecida desde 2013, com carga viral (CV) 130.000 cópias e 223 TCD4+; AVC isquémico lacunar 1 mês antes sem sequelas, hipertensão arterial, e amputação do MID há 30 anos. Medicado com esquema TARV (lopinavir/ritonavir, lamivudina e tenofovir) - interrompido subitamente há 4 semanas. Admitido no serviço de urgência com uma semana de progressiva e acentuada deterioração da capacidade cognitiva e da orientação. Ao exame apresentava rigidez terminal da nuca, sem outros défices neurológicos ou alterações no exame físico. Da investigação a destacar leucocitose marcada com neutrofilia, PCR 9,4 mg/dL; ressonância magnética craneoencefálica com extensas lesões da substância branca peri-ventricular e profunda com marcado hipersinal em T2 e FLAIR. Líquido cefalo-raquídeo incolor; 209 células, predomínio de linfócitos; proteínas 143 mg/dL; ADA 12,2 U/L; CV VIH 11.045 cópias/mL, e citologia negativa. Pesquisa de vírus Epstein-Barr positiva, restante estudo etiológico negativo. Por suspeita de meningite tuberculosa foi iniciada terapêutica anti-bacilar, sem melhoria. Optou-se por iniciar um esquema de TARV com boa penetração no sistema nervoso central, havendo lenta melhoria clínica a par de descida da carga vírica. Retrata-se um caso de meningoencefalite viral associada ao VIH no contexto de interrupção da TARV.

PO-01-63

STREPTOCOCCUS GRUPO G - AGENTES EM CRESCIMENTO

João Gonçalves, Mariana Meireles, Andrea Mateus, Joana de Castro Rocha, Ines Furtado, Fernando Gonçalves, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As infeções por Streptococcus do Grupo G, achado incomum no passado, tem apresentado incidência crescente nas últimas décadas. A justificação para este achado não é totalmente clara embora possa estar relacionada com a imunossenescência associada com o envelhecimento da população. Apresenta-se um caso de bacteriémia por Sreptococcus do grupo G como ponto e partida para revisão da literatura sobre este tema. Homem de 49 anos com doença hepática cronica Child-Pugh A de etiologia alcoólica. Admitido por quadro de vómitos alimentares, febre e shivering. No serviço de urgência com sinais sugestivos de abstinência alcoólica aguda embora mantendo febre apesar da instituição de terapêutica. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e posterior isolamento de Streptococcus grupo G em várias hemoculturas. Iniciou penicilina G dirigida. Ecocardiograma torácico sem evidência da presença de vegetações com realização posterior de ecocardiograma transesofágico inocente. Defervescência rápida e sem evidência de clinica localizadora. No internamento objetivados maus cuidados de higiene oral com ausência de várias peças dentárias e sinais de gengivite tendo-se assumido este como o ponto de partida para a bacteriemia. Após melhoria do quadro infecioso sem evidência de neutropenia ou linfopenia, sem deficit de imunoglobulinas e com níveis de complemento normais. Apirexia sustentada apos conclusão do ciclo antibiótico. As infecções por Streptococcus grupo G têm apresentado uma incidência crescente. O aumento dos fatores de risco reconhecidos (diabetes mellitus, doença hepática cronica, cardiovascular e neoplásica) paralelamente com o envelhecimento da população e recurso crescente a terapêuticas imunossupressoras podem estar na base deste aumento.

PO-01-64

INFEÇÃO RESPIRATÓRIA POR COXIELLA BURNETII

Sara Macedo, Mónica Teixeira, Nelson Domingues,Andreia Correia, Pedro Ribeiro, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Introdução:A febre Q é uma zoonose rara de distribuição mundial, causada pela Coxiella burnetii. Clinicamente pode traduzir-se por um quadro agudo ou crónico.As localizações focais quando presentes são variadas,no entanto, é comum o envolvimento pulmonar, neurológico, hepático e cardiovascular,podendo ser de difícil suspeita e diagnóstico. Caso clínico:Homem 76 anos,com antecedentes de DM tipo2, insuficiência cardíaca, hiponatrémia iatrogénica crónica e amputação major à direita por pé neuroisquémico,recorreu à urgência por quadro de tosse irritativa, rinorreia, cefaleia frontal e febre, tendo sido medicado com levofloxacina.Regressou passados 3 dias, por persistência do quadro. Analiticamente hemoglobina 10,8gr/dL,leucócitos 16.500/mm3,neutrófilos segmentados 84,4%,PCR 35,84 mg/dL.Foi internado sob a suspeita de infeção respiratória atípica,tendo inciado ceftriaxone e azitromicina,sem resposta à antibioterapia.Títulos para Coxiella burnetii IgG Fase II 256 e IgM Fase II<32 compatíveis com diagnóstico de febre q aguda. Serologias de Mycoplasma pneumoniae e Chlamydophila pneumoniae negativas.Antigénios de Legionella e Pneumococo na urina negativos. DNA Legionella negativo.Hemoculturas negativas.Neste contexto,inicioùDoxiciclina. Posteriormente, ecocardiograma transesofágico sem vegetações. Durante o internamento,apresentou agravamento da anemia normocitica normocromica de base,interpretado como resposta secundária à infeção. Após melhoria clinica,teve alta para o domicilio. Repetiu avaliação analítica ao 1º mês e ao 2º mês,sem evidência de infeção crónica.Conclusão: A febre Q é uma das hipóteses diagnósticas perante o diagnóstico principal de infeção respiratória por agentes atípicos. A terapêutica na fase aguda diminui a probabilidade de tornar-se crónica. No entanto, é necessário o controlo serológico apertado após terapêutica.

PO-01-65

UM CASO DE DÉFICE NEUROLÓGICO DE CAUSA INFECCIOSA

Andreia Paulo, Sónia Costa, Socorro Piñero, Vânia Almeida, Ana Pidal, Alexandre Silva, Cândida Barroso, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA- UNIDADE DE NEUROLOGIA/UNIDADE DE AVC

Homem de 61 anos aparentemente saudável que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de alteração súbita do discurso e fraqueza dos membros direitos. À observação apresentava afasia global, disartria, ataxia do membro inferior direito e hemianopsia homónima. Realizou tomografia computorizada crânio encefálica (TC CE), que não revelou alterações agudas. Analiticamente verificou-se hiperglicemia até então desconhecida. Foi então transferido para hospital da área de residência com hipótese diagnóstica de acidente vascular cerebral isquémico (AVC) e diabetes mellitus inaugural. No internamento foi presenciado episódio autolimitado de desvio oculo cefálico a direita com alteração do estado de consciência. Repetiu TC CE que se manteve sem alterações. Avaliado então pelos Colegas de Neurologia e iniciou antiepilético. Foi solicitado electroencefalograma que identificou atividade lenta. Manteve-se apirético, sem sinais meníngeos, mas com crises epiléticas focais e alterações da linguagem e do estado de consciência. Realizou-se punção lombar com estudo do líquor que resultou positivo para Treponema pallidum, assim como outros exames complementares que permitiram excluir outras causas de encefalite. Iniciou terapêutica com benzilpenicilina com melhoria do quadro clinico. Foi então referenciado a Consulta de Neurologia após alta.

PO-01-66

TUBERCULOSE PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UM CASO

Jemima Patrocínio, Jandir Patrocínio, Fernando Flora, Lygia Lopes, Naima Andrade
CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA-LUANDA

A Tuberculose constitui um problema crescente de saúde pública em muitos países, considerada a 2ª maior causa de morte por doença infeciosa a nível mundial. A apresentação extrapulmonar costuma ser atípica, sendo o diagnóstico final muitas vezes presuntivo, entretanto nalguns casos a abordagem cirúrgica tem sido benéfica para conclusão diagnóstica. Os autores descrevem o caso de uma mulher negra de 26 anos, sem história de contacto com doenças infecto-contagiosas nem história familiar relevante. Internada para esclarecimento de ascite, edemas dos membros inferiores e sensação febril não quantificada com 2 meses de evolução. Negava sintomas B, queixas sugestivas de doença cardiovascular, renal ou hepática. Ao exame objetivo apresentou-se com ascite de médio volume, sem circulação colateral venosa visível nem organomegálias e edemas dos membros inferiores, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se anemia normocítica e normocrómica 10g/dl, PCR 2.7, função renal e hepática normais, proteínas totais, serologias VIH, VHC, VHB negativas. O rx tórax e ecocardiograma sem alterações, a TAC toraco-abdomino-pelvico mostrou derrame pleural mínimo, ascite e múltiplas adenomegálias nas cadeias pré-ganglionares e peri-aórticas, sem outras alterações. Realizou paracentese com o estudo citoquímico compatível com transudado e predomínio de linfócitos. Tendo em conta o contexto epidemiológico assumiu-se provável etiologia tuberculosa e após discussão com a cirurgia geral optou-se por realizar cirurgia laparoscópica, cujo resultado histológico revelou granulomas caseificantes sugestivos de tuberculose. Iniciou antibacilares com franca melhoria clínica e laboratorial.

PO-01-67

UMA MULTIPLICIDADE DE INFECÇÕES VÍRICAS…A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Edite Marques Mendes, António Ferreira, Augusta Silva, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Introdução: Dentro das doenças sexualmente transmissíveis, o virus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus da hepatite B e hepatite C (HCV) são os mais importantes, uma vez que podem gerar infecções crónicas persistentes, admitidas como verdadeiros problemas de saúde pública. Caso clínico: Homem, 47 anos, sem antecedentes. Recorreu ao serviço de urgência por exantema generalizado associado a febre,exsudado uretral e vesículas genitais. Alta com o

diagnóstico de sífilis. Medicado com penicilina. Recorre novamente 3 dias depois por agravamento dos sintomas. Exame objectivo com exantema maculopapular generalizado, não pruriginoso, com atingimento palmar e plantar, lesões orais maculares e vesículas orais e genitais. Internado para estudo. Analiticamente com leucopenia e linfocitose, trombocitopenia. HIV-1 positivo (carga viral 3.834.584 cópias; contagem de CD4+: 342). VDRL positivo, título elevado (1/320); HVC positivo. Serologia para Herpes II positivo. Diagnóstico de sífilis secundária. Iniciou penicilina. Punção lombar sem alterações e com VDRL negativo. Alta com o diagnóstico de provável infecção aguda por HIV, sífilis secundária, hepatite C e infecção por herpes. Orientado para consulta. Repetiu carga viral HIV após 3 meses, com 12.100 cópias, e contagem CD4 de 629 células, que confirma a hipótese diagnóstica de infecção aguda por HIV. Iniciou tratamento para hepatite C com Sofosbuvir e ledipasvir. Carga viral de HCV às 2 semanas indetectável. Novo aparecimento de lesões cutâneas e lesões vesiculares genitais, interpretado como reinfecção por sífilis, e tratado com penicilina. Carga viral após as 12 semanas de tratamento de hepatite C permanece indetectável. Conclusão: Os autores apresentam este caso, não só pela particularidade de apresentação do HIV como infecção aguda,com também pela multiplicidade de infecções víricas associadas, assim como pela complexidade de tratamento das mesmas, dificultado pelos comportamentos sexuais de risco que o doente mantinha.

PO-01-68

MENINGITE APÓS INFECÇÃO POR HERPES ZOSTER: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Daniel Duarte, Manuel Serrano Martins, Grace Staring, Wildemar Costa, Cláudia Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - TORRES VEDRAS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A infecção pelo Vírus Varicela-Zoster (VZV) apresenta uma incidência de 10-20%. A forma secundária de VZV corresponde à infecção por Herpes Zoster, caracterizada por erupções vesiculares, com distribuição restrita aos dermátomos. Pode também apresentar uma distribuição central, podendo resultar em meningite, com uma incidência de 0,5%. Apresenta-se o caso de um homem de 22 anos, admitido no Serviço de Urgência por cefaleia frontal intensa, vómitos persistentes e mal-estar geral com 5 dias de evolução. Referia quadro gripal um mês antes do episódio. Objectivamente apresentava vesículas e crostas herpéticas na região toraco-dorsal direita, com atingimento de um dermátomo. Realizou TC-CE, que não revelou alterações significativas. Submetido a Punção Lombar (PL) com saída de líquido cefalo-raquidiano (LCR) do tipo "água de rocha", que revelou pleocitose (180 Leucócitos/µL), com predomínio de células mononucleares (92,5% Linfócitos). Admitiu-se quadro de Meningite Viral por Herpes Zoster, tendo iniciado tratamento com Aciclovir 750 mg de 8/8h (10 mg/Kg). No internamento apresentou melhoria clínica, com cessação das cefaleias. Na PL isolaram-se os VZV e Vírus Epstein-Barr (VEB), sendo que o VEB também foi isolado em hemocultura. A pesquisa dos restantes vírus neurotrópicos, as serologias infecciosas e o estudo de imunossupressão foram negativos. No internamento realizou RMN-CE com "ligeiro realce de sinal linear leptomeníngeo difuso, em provável relação com alteração inflamatória", que se relacionou com o quadro de meningite viral. Repetiu-se PL, não revelando alterações relevantes, com 17 leucócitos//µL e sem vírus neurotrópicos. O doente teve alta ao 17º dia sem alterações neurológicas, com lesões herpéticas dorsais em fase de cicatrização. A infecção por Herpes Zoster é uma patologia comum. No entanto, a evolução para meningite é uma das complicações mais raras. Serve o presente caso para alertar para a ocorrência desta complicação, mesmo em doentes imunocompetentes.

PO-01-69

NÓDULOS INTRAABDOMINAIS E GANGRENA DIGITAL COMO COMPLICAÇÕES DE DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

João Maia, Inês Ferreira, Ana Costa, Patrícia Fragata, Ana Campar, Teresa Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Os autores apresentam o caso de um homem de 64 anos, com antecedentes de esplenectomia pós-traumática aos 30 anos e de cirrose sequelar a infecção crónica por Vírus da Hepatite C (tratado com ledipasvir/sofosbuvir), internado em unidade de cuidados intensivos por choque séptico com disfunção multiorgânica com ponto de partida em doença pneumocócica invasiva. Durante o internamento desenvolveu acrocianose com evolução para púrpura nos dedos das mãos e pés. Excluídas causas embólicas (ecocardiograma transtorácico, transesofágico e angioTC torácica) e vasculíticas, nomeadamente crioglobulinemia. Progressão das lesões do 2º-5º dedos do pé esquerdo e hálux direito para gangrena apesar das medidas instituídas (hipocoagulação, antiagregação, vasodilatação com antagonista dos canais de cálcio e iloprost), com necessidade posterior de amputação. Febre ao 7º dia de tratamento com ceftriaxone, que motivou escalada da antibioterapia para imipenem em combinação com vancomicina. Na sequência de estudo tomográfico toraco-abdomino-pélvico para pesquisa de foco infeccioso oculto, detectados múltiplos nódulos intra-abdominais (adjacentes à superfície do fígado, na loca esplénica, espaço subfrénico esquerdo e perigástricos, o maior com 3cm e área central hipodensa). Sem imagens sugestivas de neoplasia primária e estudo endoscópico alto e baixo negativos. Realizada biópsia percutânea ecoguiada da lesão com estudo anatomo-patológico a evidenciar infiltração inflamatória em tecido fibroadiposo com necrose extensa, sem células neoplásicas ou microorganismos patogénicos. Em imagem de reavaliação, 4 semanas depois, regressão de todas as lesões à excepção da maior, que se encontra estável. Trata-se portanto de uma doença pneumocócica invasiva que se manifestou com necrose digital e nódulos intra-abdominais a simular adenopatias ou metastização intra-abdominal, complicações incomuns na era da antibioterapia moderna.

PO-01-70

INFECÇÃO E TROMBOSE - COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO?

Joana Rodrigues, André Simões, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: A tríade de Virchow identifica 3 elementos na fisiopatologia da trombose, nomeadamente a lesão endotelial. A infecção, por libertação de substâncias potencialmente nocivas para o endotélio, pode constituir um fator desencadeante de eventos trombóticos. Caso clínico: Mulher de 55 anos com hipertensão, dislipidémia, tabagismo e 3 enfartes do miocárdio (não cumpriu antiagregação (AAG)). Recorreu ao serviço de urgência por diarreia, vómito e dor abdominal com 5 dias de evolução. À observação: febre; leucocitose, neutrofilia e proteína C reativa aumentada. Por manter dor e diarreia, com subida de d-dímeros e LDH, sugestivo de isquémia mesentérica, realizou angio-TC toraco-abdominal: "trombos murais e vegetantes da aorta descendente e crossa", pelo que iniciou enoxaparina terapêutica, mantendo AAG. Iniciou antibioticoterapia (AB) com ciprofloxacina ao 3º dia de internamento; no 5º dia, por suspeita de pielonefrite, substituiu-se por ceftriaxone; no 7º dia adicionou-se cotrimoxazol por isolamento em coprocultura de Salmonella typhimurium. No 10º dia desenvolveu dor intensa no membro inferior esquerdo, com extremidade fria e pulsos não palpáveis, foi diagnosticada isquémia crónica agudizada e realizou tromboembolectomia, angioplastia com colocação de stent na artéria femoral superficial esquerda e ficou duplamente AAG. Por novo pico febril e agravamento analitico, escalou-se AB para meropenem e vancomicina. Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou "imagem filamentosa na face auricular da válvula aórtica", não visualizada em transesofágico, mas com "trombo pediculado no apêndice auricular esquerdo". Estudo de trombofilias sem alterações. Teve alta para domicilio com dupla AAG, hipocoagulação e AB (até completar 6 semanas, com culturas de controlo negativas). Conclusão: Descreve-se um caso de doença trombótica grave no contexto de gastroenterite aguda a Salmonella typhimurium, microorganismo pouco frequente em indivíduos adultos imunocompetentes.

PO-01-71

LEISHMANIOSE EM MEIO RURAL

Ana Rita Parente, António Araújo, Djenabu Cassamá, Maria da Luz Araújo, Ana Maria Costa
HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE - PORTALEGRE

Os autores propõem a apresentação de um caso clínico de Leishmaniose pela dificuldade vivida até ao diagnóstico e tratamento; a raridade desta nosologia nos

diagnósticos tratados em Portugal e a importância de incluir esta entidade no diagnóstico diferencial de doentes internados por Febre. O doente, trabalhador rural e na área de pecuária, foi internado em Julho de 2014 por febre, arrepios e degradação do estado geral, após recurso ao SU, onde iniciou tratamento com Azitromicina seguida de Ciprofloxacina. Durante o internamento excluíram-se infeções bacterianas, fúngicas, víricas e de febres regionais através de Hemoculturas, Exame bacteriológico direto e cultural e Serologias para Brucella, Ricketsia, Legionella, Leptospira, Clamidia e Borrelia. A ecografia abdominal confirmou visceromegalia do tecido reticuloendoplasmático. Medicação empírica com Cefalosporinas, Tetraciclinas, Carbapenem e Rifampicina, admitindo-se como hipóteses diagnósticas prováveis Brucellose e Ricketsiose, tendo em conta a inserção regional. A revisão em consulta externa de Medicina Interna após um mês levou ao reinternamento do doente por manutenção da febre, pancitopenia e degradação do estado geral. Perante a dificuldade diagnóstica, solicitou-se avaliação pela Hematologia para realização de Mielograma, Biópsia óssea e também Exame bacteriológico da medula em meio NNN, o qual confirmou o Diagnóstico de Leishmaniose, por presença de Leishmania em campo coberto. O tratamento dirigido com Anfotericina B lipossómica coadjuvada de Amicacina, Ácido fólico, polivitamínicos, estimuladores de crescimento dos granulócitos e dos eritrocitos levaram a melhoria clínica progressiva com aumento dos valores de contagem das três séries do hemograma. Alta clínica com prescrição de mais duas tomas semanais de Anfotericina B lipossómica no Hospital de dia. A monitorização no ambulatório durante um ano não evidenciou sinais de recidiva da doença, tendo tido Alta da consulta.

PO-01-72

TOXOPLASMOSE – UMA DOENÇA DE IMUNODEPRIMIDOS?

Cláudia Tátá, Nelson Cardoso, Vasco Neves, Ana Bernardo, João Barata, Susana Escária, Renato Cunha, Rui Matono, Conceição Barata
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO ÉVORA - E.P.E. SERVIÇO MEDICINA 2

Introdução: A toxoplasmose é uma infeção causada pelo protozoário Toxoplasma gondii. Tem especial importância em doentes imunodeprimidos e em mulheres grávidas pelas complicações congénitas. Em imunocompetentes a infeção é assintomática em 90% dos casos. Nos casos de infeção sintomática as manifestações mais comuns são adenopatias cervicais e em 20 a 30% dos casos linfadenopatias generalizadas. Podem apresentar também sintomas constitucionais como febre, sudurese, cefaleia, mialgia, faringite e hepatoesplenomegalia. Os achados laboratoriais são inespecíficos podendo existir elevação das transaminasas hepáticas. Caso clinico: Mulher de 50 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre, artralgias e mialgias, náuseas, mau estar geral e desconforto abdominal com cerca de duas semanas de evolução. O quadro foi inicialmente interpretado como síndrome gripal. Uma semana depois, por agravamento das queixas, regressa ao SU. Nessa altura observa-se um aumento dos parâmetros de inflamação e de transaminasas hepáticas e é internada para estudo. Foram pedidas varias serologias, incluído anticorpos Toxoplasma gondii cujo resultado foi positivo para infeção aguda. Pediram-se anticorpos para Virus da imunodeficiência humana (VIH) 1 e 2 cujo resultado foi negativo. A doente fez apenas terapêutica sintomática com melhoria após uma semana de internamento. Posteriormente realizou nova serologia mantendo positividade para infeção aguda, confirmando-se o diagnóstico. Conclusão: Este caso veio demonstrar que apesar de pouco frequente em imunocompetentes, a Toxoplasmose é um diagnóstico a investigar em doentes com um quadro gripal "mononucleosido-like". A sua positividade para infeção aguda a Toxoplasma gondii não obriga por si só a investigação de infeção por VIH. A presença de anticorpos IgM e IgG podem representar uma infeção recente ou crónica ou até um falso positivo, pelo que deve realizar-se posteriormente um teste confirmatório.

PO-01-73

UMA COMPLICAÇÃO RARA DE PNEUMONIA

Ana Vera Cruz, Sónia Coelho, Sandrina Machado, Artur Gama.
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

Introdução e Objectivos: A espondilodiscite ocorre na maioria dos casos por disseminação hematogénica de uma infecção, que se aloja em um ou mais corpos vertebrais. Afecta principalmente indivíduos com idade superior a 50 anos sendo que o sexo masculino é duas vezes mais afectado. O microorganismo responsável pela maioria dos casos é o Staphylococcus aureus. Os autores pretendem relatar um caso clínico, alertando para a apresentação típica desta patologia. Descrição do caso: Homem de 54 anos com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca grave, etilismo crónico e tabagismo, que recorreu ao SU por um quadro de dor intensa na região dorsal à direita que irradiava para o flanco direito, com 3 semanas de evolução e de agravamento progressivo, apresentava tosse produtiva com expectoração purulenta. Ficou internado com o diagnóstico de Pneumonia nosocomial à direita, por ter um internamento recente. Durante o internamento apresentou boa evolução da parte respiratória mas mantendo temperaturas febris e queixas de dor dorso-lombar intensa à direita. Iniciou um quadro de paraparésia com impossibilidade para a marcha e retenção urinária. A TC da coluna dorsal apontou para o diagnóstico de espondilodiscite, que se assumiu piogénica em consonância com hemoculturas positivas para MSSA. O doente iniciou antibioterapia com vancomicina, mas manteve agravamento progressivo do quadro. Foi pedida colaboração da Neurocirurgia, que optou por uma abordagem cirúrgica. Quando o doente regressou ao internamento de Medicina encontrava-se melhorado dos défices, já dando alguns passos com apoio, urinava espontaneamente. Iniciou reabilitação motora com boa evolução. Conclusão: A espodilodiscite piogénica é uma infecção rara mas cuja indicidência tem vindo a aumentar. A principal manifestação é a dor, que pelo seu inicio incidioso tende a ser subvalorizada. Quando estamos perante um doente com um quadro infeccioso, com queixas de dor vertebral devemos estar alerta para este diagnóstico.

PO-01-74

CRÓNICAS DE UMA PAN-RESISTÊNCIA - UM CASO CLÍNICO

João Rua, Cristina Martins, Ricardo Marques, Rafael Silva, Margarida Varela, Joana Ribeiro, Fátima Silva, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues
CHUC - MEDICINA B (HOSPITAL GERAL)

INTRODUÇÃO Com as resistências (R) bacterianas a antibióticos (AB) de última linha a tornarem-se cada vez mais frequentes,é lógico o receio de surtos de bactérias pan-resistentes (PDR).O uso não optimizado de AB é um dos factores que favorece a sua disseminação.Os autores descrevem o caso clínico da emergência de uma PDR,com enfoque nas decisões clínicas que possam ter influenciado o seu aparecimento. CASO CLÍNICO Mulher de 87 anos, internada por recidiva de TEP e traqueobronquite,foi anticoagulada e medicada com levofloxacina.Durante o internamento,apresentou queixas de disúria e retenção urinária,colheu urocultura (UC) e iniciou cotrimoxazol.A UC isolou uma Klebsiella pneumoniae produtora de carbapenemases (KPC),apenas sensível (S) a colistina.Por melhoria clínica e analítica,já sem sonda vesical,o resultado foi assumido como bacteriúria assintomática e a doente teve alta. Volta 7 dias depois,com reacção alérgica,agudização marcada da função renal (fxR) e sumária sugestiva de infecção urinária (ITU).Em virtude do isolamento anterior,inicia colistina,sem dose de carga e com dose ajustada à fxR,à qual se adicionou amicacina,após confirmação cultural.Evoluiu bem e teve alta,regressando 20 dias depois com nova ITU.A UC isolou uma KPC,R a colistina e apenas S a tigeciclina,que iniciou em dose ajustada à sua fxR.Cumpriu tratamento com sucesso mas a UC de controlo isolou uma KPC com R a todos os AB testados.Por não apresentar parâmetros inflamatórios ou sintomas,foi mantida em isolamento, sem tratamento. CONCLUSÕES Na era da disseminação das multi-R,o uso correcto dos AB e o conhecimento das suas características PK/PD é essencial. Doses infra-terapêuticas favorecem o aparecimento de clones resistentes e a colistina,conhecida pela sua nefrotoxicidade,é um dos AB com o qual isto ocorre frequentemente. A tigeciclina,com excreção renal de 33%,deve ser evitada em ITU e em monoterapia,pois os estudos apontam para que favoreça o aparecimento de R,como ocorreu no caso descrito.

PO-01-75

PNEUMONIA A VARICELA NA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Zão, Fani Ribeiro, Margarida Cruz, Carla Matias, Rosa Jorge
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

INTRODUÇÃO: A varicela é uma doença exantemática máculo-pápulo-vesicular causada pela infecção primária do vírus Varicela Zoster. Transmite-se pelas gotículas de secreções nasofaríngeas, ou pelo contacto direto com fluido das vesículas da pele. Apesar da incidência da infecção nos adultos ser baixa, a apresentação da doença é mais severa. CASO CLÍNICO: Mulher, 20 anos, fumadora, grávida de 37 semanas, deu entrada na sala de emergência por dispneia, tosse e febre. À admissão encontrava-se polipneica, com cianose labial e tiragem intercostal. Apresentava lesões cutâneas vesiculares, pruriginosas, dispersas pela face, tronco e membros, com dois dias de evolução. Analiticamente destacava-se leucocitose e elevação da Proteína C Reativa e hipoxemia marcada na gasimetria arterial. A radiografia do tórax revelou um infiltrado intersticial difuso. Dadas as características das lesões cutâneas e os achados radiológicos, assumiu-se o diagnóstico de pneumonia a varicela, iniciando-se terapêutica com aciclovir 750 mg, endovenoso. Nas primeiras horas, apresentou evolução clinica desfavorável, necessitando de suporte ventilatório com ventilação invasiva. Foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), onde esteve com suporte ventilatório até ao terceiro dia de internamento. Após discussão em equipa multidisciplinar, optou-se por não induzir o parto, dado o risco de varicela perinatal e a elevada taxa de mortalidade fetal associada. Ao quarto dia de internamento foi transferida para o Serviço de Obstetrícia, completando sete dias de tratamento com aciclovir (750 mg, três vezes por dia). CONCLUSÃO: A pneumonia a varicela é a manifestação mais comum de infeção complicada nos adultos. Desenvolve-se tipicamente um a seis dias após o aparecimento das lesões cutâneas, sendo a gravidez e o tabagismo factores de risco para pneumonia severa. O diagnostico precoce, a instituição célere de aciclovir e a introdução de medidas de suporte, são fulcrais para melhorar o prognóstico.

PO-01-76

INFEÇÃO VIH NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA – O QUE MUDOU EM 10 ANOS?

Estefânia Turpin, Cleide Barrigoto, Johana Jesus, Inês Simões, Catarina Rodrigues, Joana Simões, Isabel Germano
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - MEDICINA 1.4

Introdução: A terapêutica antirretroviral combinada (TARc) alterou o paradigma da infeção VIH, transformando-a em doença crónica. Objetivos: Avaliar possíveis mudanças na prevalência e características dos internamentos de doentes com infeção VIH num serviço de Medicina de um hospital central nos últimos 10 anos. Metodologia: Análise retrospetiva dos internamentos de 2015 com caracterização demográfica, epidemiológica e clínica, e avaliação comparativa desses parâmetros com os observados em 2005 (apresentados previamente). Resultados: A infeção VIH representou, no total de internamentos, 4% (n=49) em 2015 e 8.1% (n=113) em 2005. A análise dos dois grupos (2015 vs 2005) revelou: predomínio do género masculino (73.5 vs 54.9%); idade média de 54.9 vs 42.5 anos; transmissão por contacto heterossexual em 57.1 vs 46.9%, contacto homossexual em 28.6 vs 5.3%, toxicodependência endovenosa em 14.3 vs 39.8% e outra/desconhecida em 0 vs 8%. A admissão em 2015 prendeu-se essencialmente com patologia não diretamente relacionada com a imunodepressão (67.3%), em particular infeções não definidoras (30.6%) e condições comuns à população geral (28.6%), sendo as complicações oportunistas menos frequentes (20.4%) e sobretudo em doentes com conhecimento da infeção mas sem vigilância/terapêutica regular; já em 2005, estas foram a causa major de ingresso (36.3%), surgindo principalmente em doentes sem diagnóstico prévio. A demora média foi de 14.3 vs 11.3 dias e a taxa de mortalidade de 2 vs 7.1%. Conclusões: Registaram-se no período mais recente menor prevalência da infeção VIH e de formas avançadas da doença, traduzindo, possivelmente, eficácia da TARc, bem como diagnóstico mais precoce. Em paralelo, é visível o envelhecimento dos doentes e a presença de comorbilidades comuns à população geral, reflexo da cronicidade desta patologia. Claramente, o Internista, envolvido desde há muito no cuidado destes doentes, tem, cada vez mais, a oportunidade e o saber para "olhar para lá da infeção".

PO-01-77

MENINGOENCEFALITE POR CRYPTOCOCCUS NEO-FORMANS E INFECÇÃO HIV EM DOENTE COM LESÃO VASCULAR ISQUÉMICA AGUDA

Nuno Zarcos Palma, Mariana da Cruz, Vítor Fagundes, Ana João Sá, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A avaliação do doente com infecção HIV que apresenta alteração do estado mental ou exame neurológico é um desafio diagnóstico. Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 53 anos com quadro de cefaleia holocraniana intensa de instalação aguda e alteração da linguagem. Posterior início de fotofobia, náuseas e vómitos. Sem antecedentes patológicos documentados. Relações de sexo entre homens. Na admissão efectuou Tomografia (TC) cerebral e angio TC cerebral, sem alterações. Admitido na unidade de Acidente Vascular Cerebral, mantendo cefaleia e fotofobia. Realizou ressonância magnética cerebral que revelou "lesão vascular em território barreira entre artéria cerebral média e posterior esquerdas". Por apresentar rigidez terminal da nuca, foi realizada punção lombar com líquor inflamatório, tendo sido diagnosticada meningite de líquor claro. Completado estudo com VDRL sérica positiva; HIV ELISA positivo, Western Blot HIV1. No líquor FTA-ABS positivo e isolamento de Cryptococcus neoformans. Após confirmação de HIV 1, imunofenotipagem de linfócitos CD4+ 81/uL (11,8%), quantificação RNA HIV1 319000cópias/mL e sem resistência genotípica HIV1. Confirmado o diagnóstico de meningoencefalite por C. neoformans, HIV1/SIDA C3, neurossífilis e lesão vascular cerebral isquémica aguda. Cumpriu tratamento com anfotericina, fluconazol até esterilização do líquor e 14 dias de penicilina. Iniciou terapêutica antirretroviral combinada com emtricitabina, tenofovir, darunavir e ritonavir. Profilaxia com fluconazol, sulfametoxazol e trimetoprim. Melhoria clínica franca, com resolução da sintomatologia. A investigação etiológica da lesão vascular isquémica aguda permitiu o diagnóstico de um late presenter com 3 diagnósticos neurológicos: menigoencefalite fúngica, neurossífilis e enfarte cerebral em doente com infecção HIV. Possibilitando o tratamento da infecção aguda e instituição de terapêutica antirretroviral para reconstituição da imunidade.

PO-01-78

DA SUSPEITA DE NEOPLASIA AO DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITE INFECIOSA

Joel Pinto, Ana Araújo, Sara Pinto, Susana Cavadas
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

A endocardite infeciosa (EI) tem formas de apresentação muito variadas, podendo simular outras entidades. Têm-se verificado mudanças significativas na etiologia, sendo os Enterococcus responsáveis por 10 a 15% dos casos. Mulher, 43 anos, toxicodependente sob metadona, fumadora, recorre ao serviço de urgência por dor lombar à direita, febre e náuseas. Ao exame objetivo apresentava polipneia, sopro sistólico grau III/VI e Murphy renal à direita. Analiticamente destacava-se: hemoglobina 11.1 g/dL, D-Dímeros 1037 ng/mL, AST 97 U/L, ALT 83 U/L, LDH 1027 U/L, função renal normal, proteína C reativa 5.28mg/dL, leucocitúria; gasometria com hipoxemia hipocápnica. Fez ecografia abdominal, complementada por angio-tomografia (TC), que mostrava dilatação das vias biliares intra-hepáticas, trombose da artéria renal superior direita e enfarte esplénico. Fez ainda angio-TC do tórax que excluiu tromboembolia pulmonar, revelando nódulos sugestivos de lesões secundárias e linfangite. Internada para estudo. Por hemoculturas positivas para Enterococcus faecalis e imagem em ecocardiograma transesofágico compatível com vegetação na válvula mitral e estenose da mesma, foi instituída antibioterapia dirigida, com boa resposta clinica. Fez broncofibroscopia que não revelou lesões suspeitas ou passíveis de biópsia e lavado brônquico sem alterações. O restante estudo complementar excluiu neoplasia oculta. Repetiu TC do tórax que revelou reversão das alterações prévias, admitindo-se a hipótese de embolização séptica de EI. Apesar da elevada mortalidade associada à EI, no caso apresentado, o seu diagnóstico representou uma mudança drástica do prognóstico, atendendo à suspeita inicial de metastização pulmonar de neoplasia oculta. Chama-se à atenção para esta entidade que deve ser sempre tida em conta, sobretudo em doentes com doença estrutural cardíaca.

PO-01-79

FUNGOS: ONDE E A QUEM PROCURAR.

Ana Gonçalves, Marta Gomes, Jorge Pires, José Guimarães
HOSPITAL SÃO JOÃO

INTRODUÇÃO: Aspergilose invasiva é a forma mais comum de micose pulmonar em pacientes neutropénicos. Representa um grupo de doenças provocadas por um agente comum apesar da patogénese ser variável. Radiologicamente pode manifestar-se por lesões que incluem nódulos únicos ou múltiplos, cavitações ou consolidações. CASO CLÍNICO: Homem de 75 anos. Antecedentes de leucemia mielóide aguda em recaída após primeira linha de tratamento. Internado por quadro clínico de febre com 5 dias de evolução, tosse seca e toracalgia de características pleuríticas. Sob antibioterapia empírica em ambulatório. Na admissão, apresentava-se febril, com hipotensão e taquicardia. Da investigação etiológica, salienta-se neutropenia e proteína C reativa elevada (565mg/L), Imunoglobulina G para Aspergillus positiva e tomografia computorizada a revelar imagem pulmonar suspeita de infeção fúngica. Iniciada antibioterapia de largo espetro e voriconazol, com evolução clínica, laboratorial e radiológica favorável. CONCLUSÃO: As perturbações da imunidade são o fator mais determinante para infeções fúngicas. Os sinais e sintomas da Aspergilose, assim como os achados radiológicos são por vezes inespecíficos, sendo essencial a procura de fatores de risco clássicos e elevada suspeição diagnóstica.

PO-01-80

FASCIOLÍASE

Frederica Faria, Sofia Silva, Ana Rita Ferreira, Blanca Polo, Maria João Costa, Lurdes Guerra, Alves do Carmo
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE

O tremátodo Fasciola hepática parasita a via biliar de mamíferos herbívoros. A infecção acidental do ser humano associa-se à ingestão de agriões crus contaminados com cercárias. A fase aguda resulta da perfuração digestiva e penetração hepática do parasita (febre, dor abdominal e eosinofilia), seguindo-se a fase crónica com crescimento das larvas na via biliar, com manifestações indistinguíveis de colelitíase ou apresentação subclínica. Homem de 53 anos, evacuado de Cabo Verde por paraplegia secundária a síndrome de compressão medular por plasmocitoma. Durante o internamento verificou-se presença de eosinofilia central e periférica associada a dor abdominal periumbilical, febre, astenia e anorexia. No estudo complementar de diagnóstico destacava-se colestase, elevação da proteína C-reactiva e exame parasitológico das fezes negativo. Na tomografia computorizada apresentava formações nodulares hepáticas, que na ressonância magnética hepática foram interpretadas como lesões abcedadas de provável natureza infecciosa. Na biópsia hepática apresentava áreas de necrose com exsudado fibrogranulocitário. Na suspeita de patologia infecciosa realizou empiricamente mebendazol e posteriromente praziquantel sem melhoria. A serologia de Fasciola hepática foi positiva (1:640), pelo que se administrou triclabendazol em dose única 10mg/kg, com melhoria clínica, serologica e imagiológica. Os autores apresentam uma entidade rara, fasciolíase, porém sub-diagnosticada, alertando para a importância da história clínica e do contexto epidémiologico no diagnóstico diferencial de lesões hepáticas, evitando estudos invasivos dispensáveis e minimizando o seu impacto para o doente.

PO-02-01

TROMBOSE DA VEIA CAVA INFERIOR RELA-CIONADA COM INFECÇÃO POR HIV?

Marlene Louro, Teresa Vaio, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

O HIV contribui para o risco de trombose por meios diretos e indiretos. Um dos mecanismos está relacionado com a diminuição dos níveis de proteínas C e S. Doente de 33 anos que recorreu ao SU por dor hipogástrica com irradiação posterior com 10 dias de evolução. Já medicado com ciprofloxacina, sem melhoria. Negava febre, disúria, polaquiúria. Referia queixas de claudicação intermitente e edema de ambos os membros inferiores. Antecedentes pessoais: 2 episódios de TVP idiopática (2003). Antecedentes familiares: Mãe- TEP; Avô materno- TVP 2014; Irmã- LES Medicação habitual: Dabigatrano 110mg 2id. Ao exame objectivo apresentava adenopatias palpáveis a nível cervical anterior e posterior, móveis elásticas e não dolorosas. MI com edemas até aos joelhos. Pulsos pediosos palpáveis. Analiticamente: PCR 12.9 Leucócitos 10.100/L Neutrófilos 76.4 % Linfócitos 12.8 % Hemoglobina 10.8 g/dL; VGM 69.5 fL; Plaquetas 156.000/L; TP 20.8'' (14.0''); Protrombinémia 49 %, INR 1.65, TTPA 39.5''(28.0´´) Ecografia abdominal: Trombo heterogêneo ao nível da veia cava inferior abaixo da confluência das veias renais, com extensão para a veia ilíaca comum direita. Nesta topografia identifica-se imagem de adenopatia ilíaca. Hiperrefletividade da gordura ao redor dos grandes vasos abdominais. Imagens confirmadas por Angio-TC. Estudo revelou Proteína S Livre: 70 % (75 – 140); Proteína C: 68 % (70 - 140). Serologia Sífilis e HIV 1 – positiva, com CD4+ 295.0 /mm3 e Quantificação da carga Virica do HIV 11261. Iniciou rivaroxabano 20mg id, penicilina benzatinica e terapia antiretroviral. Repetição de Angio-TC revelou resolução de trombose e desaparecimento de adenopatias. Apesar de apresentar episódios de trombose prévios à infecção por HIV, e ter antecedentes familiares que levariam a suspeitar de componente hereditária, não foram encontradas alterações genéticas relevantes no estudo anterior. No estudo atual a redução de proteina C e S poder-se-á relacionar com a infeção por HIV.

PO-02-02

TUBERCULOSE GANGLIONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Franco, Ana Almeida, Sheila Coelho, Cecilia Moreno, Rita Resende, Maria Eugénia Andre
ULS CASTELO BRANCO

Introdução: A tuberculose é uma doença conhecida desde tempos imemoriais. Em Portugal tem uma incidência de 24,1/100000 habitantes. A TB ganglionar foi interpretada inicialmente como doença orgânica isolada, escrófula. O aumento da esperança média de vida e o declínio natural do estado imunitário subsequente ao envelhecimento acarretam uma incidência maior nos idosos. A propósito de um caso clínico, os autores apresentam este trabalho. Apesar de ser uma patologia relativamente frequente coloca um desafio diagnóstico devido ao mimetismo que mantém com outras patologias. Caso Clínico: Homem, 85 anos. Antecedentes de gastretomia total por adenocarcinoma mucinoso em Julho de 2014. Em Fevereiro de 2015, aparecimento recente de nódulos cervicais com sinais inflamatórios e dolorosos a palpação. Realizou terapêutica anti-inflamatória, com melhoria dos sintomas mas com persistência dos nódulos. Para estudo das lesões realizou, ecografia cervical: múltiplas adenopatias nas cadeias ganglionares latero-cervicais bilaterais, sugestivas de lesões secundárias. A TC tóraco-abdomino-pélvica não revelou massas ou adenomegalias noutras localizações. O SACE e pesquisa de toxoplasmose foram negativas e o Igra indeterminado. Realizou biópsia da adenopatia, que mostrou alterações de linfadenite granulomatosa com granulomas epitelioides. Dado o resultado e o valor de Igra ter sido indeterminado, repetiu-se o mesmo que foi positivo. Diagnosticando-se assim tuberculose ganglionar. Iniciou terapêutica antibacilar tripla com isoniazida, rifampicina e pirazinamida, com franca melhoria do quadro clínico. Conclusão: Apesar de ser 1 entidade comum, carece de um elevado índice de suspeição. A ausência do isolamento do agente causal e o exame histológico inconclusivo em alguns casos implicam inevitavelmente um atraso na instituição terapêutica dirigida. Em doentes idosos que se apresentem com adenopatias cervicais, a hipótese de TB ganglionar deve sempre ser incluída nos diagnósticos diferenciais.

PO-02-03

HEPATITE D, COMO FATOR DE DESCOMPENSAÇÃO DE DOENÇA HÉPTICA CRONICA- QUANDO SUSPEITAR?

Joana Ferrão, Diego Carrasco, Sara Marote, João Vasco Barreira, Sara Santos
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Apresentamos o caso de um homem de 45 anos com historia de infecção pelo Vírus VIH (vírus imunodeficiência Humana) tipo 1 diagnosticado em 2010 no contexto de TB(tuberculose) miliar, cumprindo 15 meses de terapêutica Antibacilar. Trata-se de doente co-infectado com VHB (vírus hepatite B) genótipo A, fibroscan F3 sem terapêutica de base prévia, com serologias VHC (vírus

Hepatite C) e VHD (vírus hepatite D) negativas, iniciando TARV com efavirenz, emtricitabina e tenofovir (Atripla). Imunologicamente com boa adesão terapêutica sempre com CV(carga Viral) HIV inferior a 20 cópias/mL, Linfócitos T CD4+ entre 300-464 células/UL (Nadir 37 células/UL), face a terapêutica instituída contemplando um esquema com Tenofovir observou-se carga viral VHB também inferior a 20 copias/ml. Clinicamente estável até 2014, quando se apresenta com icterícia muco-cutânea, febre, colúria e acolia associado a citólise hepática, hiperbilirrubinemia, e aumento transitório da carga viral de VHB (12->140 copias/mL). À data de apresentação com serologia VHC e VHD negativas, sem agente infeccioso identificável como precipitante, e com melhoria do quadro e redução de carga viral sob terapêutica de suporte. Em Dezembro de 2014 a terapêutica TARV muda para emtricitabina, rilpivirina e tenofovir (Eviplera) face aos sintomas neuropsiquiátricos manifestados pelo doente e ao impacto sob a função hepática em doente já com doença hepática crónica estabelecida. Em Janeiro de 2016 com novo episódio de descompensação caracterizado por ascite, astenia, anorexia e náuseas, internado para esclarecimento do quadro tendo-se identificado como factor precipitante sobreinfeccção pelo VHD. Face ao resultado VHD negativo em 2014 admitimos tratar-se dum doente em provável fase hiperaguda de sobreinfecção ainda sem anticorpos detectáveis à data de análise. Seleccionamos este caso pela pertinência da hepatite delta como factor precipitante de descompensação hepática mesmo em doente com hepatite B crónica controlada.

PO-02-04

DOR OCULAR: A MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

A sífilis é uma infeção sistémica causada pelo Treponema pallidum, habitualmente transmitida por via sexual, caracterizada por períodos de doença ativa e períodos de latência. A sífilis é responsável por <1% das uveítes e o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) pode ocorrer em qualquer altura após a infeção inicial. Caso clínico: Homem, 50 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 com retinopatia diabética. Admitido no serviço de urgência por dor e rubor ocular associado a diminuição da acuidade visual à esquerda com 1 semana de evolução. Observado por Oftalmologia e diagnosticada pan-uveíte. Ao exame objetivo, de destacar rubor ocular bilateral e exantema macular disperso pelo tronco, não pruriginoso. Análises: Hb 13,4g/dL, Leuc 6560/µl, plaquetas 192 000, VS 30mm. VDRL positivo (1:128) e anticorpos anti-treponema IgM e IgG reativos. Serologias VIH 1-2, hepatite B e C negativas. TC CE sem lesões agudas. Punção lombar: Células 2460mm^3, eritrócitos 2400mm^3, Leucócitos 60mm^3, Proteínas 92mg/dL, Glicose 118mg/dL; VDRL negativo; exame bacteriológico e antigénios capsulares negativos. Após instituição de Penicilina G 4000000 unidades de 4/4h durante 14 dias, verificou-se melhoria franca do rubor ocular e da acuidade visual e desaparecimento do rash cutâneo. Os autores apresentam um caso de sífilis com envolvimento ocular e do SNC e pretendem realçar a importância de que embora seja uma doença menos frequente, não pode ser esquecida.

PO-02-05

STREPTOCOCCUS ANGINOSUS: A IDENTIFI-CAÇÃO É CLINICAMENTE IMPORTANTE?

Maria Ana Canelas, Olga Gonçalves, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Há três espécies no grupo anginosus: St. anginosus, constellatus e intermedius. Comensais da flora oral, trato gastro-intestinal e genito-urinário, têm um papel importante no desenvolvimento de infeções severas. O St. anginosus associa-se a bacteriemias, e os restantes a abscessos, cerebrais e hepáticos. Aquando do isolamento destes, é indispensável o rastreio das potencias complicações associadas. Relata-se o caso de homem de 58 anos, com antecedentes de fistulotomía ano-retal em 2013, dependência de álcool e sobrepeso, que recorreu ao SU por febre e prostração, desde há 2 dias. À admissão apresentava-se sonolento, hipersudorético, eupneico, com saturação periférica de O2 em ar de 90%, hemodinamicamente estável, com frequência cardíaca ~110bpm, hipertermia de 39.9ºC, higiene oral deficitária e dor abdominal difusa. Analiticamente destacava-se PCR 12,48 mg/dL e lactatos de 2.8. Ecografia abdominal sem lesões focais ou abscessos. Iniciou empiricamente Ceftriaxone e foi admitido no serviço de Medicina Interna, por sépsis de foco indeterminado. No 2º dia de internamento, isolados cocos gram + em duas hemoculturas (HC), sendo necessário excluir endocardite, não confirmada por ecocardiograma transtorácico. Ao 3º dia mantinha 2 picos febris por dia, e objetivou-se orifício de drenagem espontânea purulenta, por fístula ano-rectal, mas sem fleimão/abscessos. No 5º dia isolado St. Anginosus em 2 HC, o que obrigou a descartar a presença de abscessos da cavidade oral e cerebrais, infirmados por tomografica cerebral e abdominal. Cumpriu 14 dias de antibioterapia como preconizado pelas guidelines. Desde então, manteve-se apirético, com melhoria clínica e analítica, cicatrização da fístula e HC negativas. Concomitantemente salienta-se o diagnóstico "de novo" de Diabetes mellitus 2. O caso presente ilustra os potencias riscos e morbilidade provocados por estes agentes, que não podem, de todo, ser descurados.

PO-02-06

CONFIAR NA INTUIÇÃO

Susana Franco, Maria João Serpa, João Moreira Pinto, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Paula Peixinho, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objetivo: A Leishmaniose visceral é uma zoonose não contagiosa causada pelo protozoário Leishmania. Embora infrequente na Europa, devemos estar cientes desta doença devido à sua repercussão sistémica e elevada mortalidade, se não tratada. O nosso objetivo é mostrar um caso de doença diagnosticada de modo menos comum, inferido pela imunidade tardia e resposta à terapêutica. Métodos: Apresentamos o caso clínico de uma jovem de 21 anos, admitida por febre, pancitopénia e esplenomegália, que tinha estado, dois anos antes, num campo de férias próximo a um rio, com astenia desde então. O estudo exaustivo realizado e a resposta à terapêutica diagnosticaram leishmaniose. Os testes diagnósticos utilizados foram análises de sangue com serologias virais e bacterianas, uro e hemoculturas, TC de corpo e mielograma. A resposta ao tratamento, anfotericina B lipossómica, foi avaliada pela resolução da febre e melhoria da pancitopénia e esplenomegália. Resultados: Durante o internamento, a doente manteve febre e houve agravamento da pancitopénia, com necessidade de transfusão sanguínea. Inicialmente, instituiu-se antibioterapia com claritromicina, posteriormente alterada para piperacillina-tazobactam e metronidazol, sem melhoria. Dada a estadia prévia num campo de férias próximo a um rio, suspeitou-se de leishmaniose. As análises de sangue revelaram cinética marcial a favor de doença inflamatória/crónica e serologias negativas, exceto IgG anti-Leishmania, e o mielograma não documentou Leishmania. Iniciou-se terapêutica com anfotericina B lipossómica, com apirexia mantida a partir do quarto dia e melhoria da pancitopénia e esplenomegália. Conclusão: Este caso clínico demonstra uma maneira indireta de diagnosticar leishmaniose visceral, através da imunidade tardia e da resposta à terapêutica. O mais comum é encontrar o parasita na medula espinhal, o que não foi possível nesta doente. Apesar de resultados negativos ou inconclusivos, devemos confiar na intuição e atuar em concordância.

PO-02-07

SÍNDROME FEBRIL - UM CASO DE POLISSEROSITE POR PARVOVÍRUS B19

Susana Franco, Maria João Serpa, João Moreira Pinto, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Paula Peixinho, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objetivo: A infeção por Parvovirus B19 é mais frequente nas crianças, mas pode causar doença nos adultos. Além da febre, a artropatia transitória de pequenas articulações pode ser uma das manifestações clínicas principais, sendo mais rara a afeção do pericárdio, com derrame associado. O nosso objetivo é mostrar uma apresentação clínica menos comum de infeção por Parvovírus B19, associada a polisserosite. Métodos: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 65 anos, moldava, recentemente internada por pneumonia a Chlamydia

pneumoniae, que foi admitida por febre, poliartralgias simétricas, toracalgia anterior do tipo pleurítico e anorexia, com três semanas de evolução. Analiticamente, tinha anemia ligeira e elevação dos parâmetros inflamatórios e radiologicamente tinha derrame pleural esquerdo. A TC de corpo revelou derrame pericárdico ligeiro. Durante o internamento, houve resolução da febre e restante sintomatologia, ao quinto dia de terapêutica anti-inflamatória. O estudo analítico exaustivo cursou com o diagnóstico de infeção aguda por Parvovírus B19. Resultados: Durante o internamento, a doente manteve, inicialmente, febre, artralgias e toracalgia anterior, com resolução das mesmas e com melhoria dos derrames pleural e pericárdico (avaliados por radiografia torácica e ecocardiograma, respetivamente), ao quinto dia de terapêutica anti-inflamatória. O estudo analítico exaustivo excluiu doença autoimune e infeção por múltiplos agentes virais e bacterianos, diagnosticando-se infeção aguda por Parvovírus B19. Conclusão: Este caso clínico ilustra uma apresentação menos comum de infeção por Parvovírus B19, associada a polisserosite. Apesar de ser uma doença auto-limitada, com muito reduzida taxa de morbi-mortalidade, é uma entidade nosológica a ter em consideração quando na presença de Síndrome Febril.

PO-02-08

SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO - ETERNO DESAFIO

Inês Colaço, Frederica Faria, Inês Ricardo, Tânia Vassalo, Diogo Cruz*, J.L. Ducla Soares* *partilham a posição de último autor
CHLN-MEDICINA I-D

A endocardite infecciosa é uma entidade frequente com grande multiplicidade de sintomas e sinais associados, poucos específicos, que requerem elevado grau de suspeição para um correcto e atempado diagnóstico. Descrevemos o caso de um homem de 50 anos, hipertenso, sem outros antecedentes relevantes, com febre intermitente com dois meses de evolução. Recorreu repetidamente ao serviço de urgência onde foi inicialmente medicado sintomaticamente com antipiréticos e posteriormente com antibiótico betalactâmico, com melhoria que se verificou apenas transitória. Laboratorialmente, destacava-se elevação da velocidade de sedimentação, oscilação das provas hepáticas hepáticas e da proteína C reactiva. Em contexto de urgência realizou avaliação complementar com ecografia hepática, estudo da autoimunidade e serologias para hepatite A, B e C negativas, assim como EBV e CMV, HIV e sífilis negativos. Neste período, de referir acidente isquémico transitório como intercorrência, tendo realizado ecocardiograma e ecoDoppler dos vasos do pescoço, sem alterações. À nossa observação inicial, sem achados de relevo ao exame objectivo além da febre com calafrio, sopro diastólico aórtico e hepatomegalia homogénea. Prosseguida a investigação da síndrome febril, foi isolada em hemocultura um Streptococcus do grupo bovis sensível à penicilina; o ecocardiograma mostrou vegetação na válvula aórtica com insuficiência grave. Admitido em internamento, iniciou antibioterapia dirigida e foi proposto e aceite para cirurgia de substuição valvular, tendo colocado prótese biológica. Dada a associação epidemiológica, realizou colonoscopia com remoção de pólipo pediculado com adenocarcinoma com margens livres, tendo sido referenciado à Oncologia. Chamamos assim a atenção para a necessidade de equacionar este diagnóstico para que um tratamento atempado possa evitar as graves complicações.

PO-02-09

CITOPENIAS ASSOCIADAS AO VIH – CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA

Andrea Castanheira, Inês Antunes, Inês Carrilho Oliveira, Vera Falcão, Ana Cláudia Miranda, Kamal Mansinho
HOSPITAL EGAS MONIZ, SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA

As citopenias são comuns em doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Têm etiologia multifatorial e relacionam-se com a infeção, terapêutica antirretroviral (TARV) e doenças oportunistas. Objetivos: Caracterizar as citopenias associadas à infeção VIH e relacioná-las com a progressão da doença, TARV, mortalidade e doenças oportunistas. Métodos: Estudo retrospetivo observacional dos doentes com infeção VIH e citopenias de causa desconhecida internados num Serviço de Infeciologia entre 2010 e 2015. Analisados dados demográficos, clínicos, laboratoriais, terapêuticos e mortalidade. A ferramenta estatística usada foi SPSS 20, sendo resultado estatístico significativo um valor de p<0.05. Resultados: Incluídos 174 doentes (62.1% sexo masculino), com idade média de 45.7 anos. O número médio de anos desde o diagnóstico foi 7.1. Encontravam-se em estádio C3 (CDC Atlanta) 61.1% dos doentes e 54% tinham menos de 200 linfócitos TCD4+/mm3. Estavam em TARV 67 doentes, apresentando 64.2% carga viral indetetável. Estavam medicados com fármacos mielossupressores 24.1 % dos doentes e 35% apresentavam doenças oportunistas. Nos dois grupos, a anemia e a pancitopenia foram as alterações hematológicas mais comuns. Em 31% dos doentes, o diagnóstico da infeção VIH foi inaugural, sendo a anemia a citopenia mais comum. A taxa de mortalidade foi de 4%. A citopenia mais frequente foi a anemia (83.3%), correlacionando-se apenas com a carga viral (p <0.015). A leucopenia (36.2%) correlacionou-se com idade (p 0.044), número de linfócitos TCD4+ (p 0.000), carga viral (p 0.032), estádio imunológico (p 0.007) e mortalidade (p 0.048). A trombocitopenia (46%) correlacionou-se com a evolução da doença (p 0.042). Conclusões: Este estudo caracterizou a incidência das citopenias na população estudada, tendo demonstrado a prevalência da anemia, seguida das bicitopenias e pancitopenia e correlacionou-as com o estádio imunológico, evolução da doença, terapêutica e mortalidade.

PO-02-10

ABCESSOS PULMONARES – A EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Ana Novo, Inês Fonseca, Helena Sarmento, Jorge Cotter
HOSPITAL DE GUIMARÃES

Objetivo: Caraterização de aspetos demográficos e clínicos, opções terapêuticas e evolução dos doentes com diagnóstico de Abcesso Pulmonar (AP), internados num Serviço de Medicina Interna entre Março/2012 e Março/2015. Material e métodos: Realizou-se uma avaliação retrospetiva e transversal do processo clínico. Resultados: Dos 13 doentes analisados, 31% eram do género feminino e 69% eram do género masculino, com uma idade média de 68 anos. A tosse, a febre e a expetoração foram os sintomas mais prevalentes à apresentação estando presentes em 85%, 77% e 62% dos doentes, respetivamente. Os sintomas menos frequentes foram a toracalgia e a astenia/anorexia. A maioria dos doentes descrevia expetoração mucopurulenta. A duração média dos sintomas prévios ao internamento foi de 33 dias, com apenas 3 doentes a referirem menos de 10 dias de sintomatologia. A infeção respiratória aguda foi o modo de apresentação em 10 doentes. Em 8 doentes, com base nos dados clínicos, a suspeita de AP seria elevada. Três doentes apresentavam critérios de sépsis. O mau estado dentário e o consumo etílico elevado foram os principais fatores de risco. As co-morbilidades mais frequentes foram o tabagismo, a hipertensão arterial e a doença cardiovascular, sendo a neoplasia menos frequente. Dez doentes apresentavam hipertransparência nodular com nível hidroaéreo na radiografia, sendo a maioria de localização no lobo superior direito. Um doente apresentava fistulização cutânea. A média do tempo global de antibioterapia foi de 39 dias. A antibioterapia empírica mais usada foi o ceftriaxone e metronidazol. A antibioterapia inicial foi alterada em 4 doentes. A duração média do internamento foi de 36 dias. Registou-se um óbito. À data da alta 70% dos doentes tinha resolução imagiológica completa. Nove doentes foram orientados para consulta de acompanhamento. Nenhum doente foi re-internado até aos 30 dias da alta clínica.

PO-02-11

QUANDO O CULPADO SE MANTEM OCULTO

Santos Adriana, Murinello António, Damásio Helena, Serrano Ana, Gonçalves Rita, Guedes Pedro
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.1.

Endocardite infeciosa com culturas negativas é definida como uma endocardite cuja etiologia não é esclarecida após três hemoculturas (HC) diferentes. Ocorre em 2-7% dos doentes com endocardite infeciosa. A ocorrência de culturas negativas prende-se com a utilização prévia de antibióticos (ATB) e presença de organismos fastidiosos. A terapêutica empírica evoca a cobertura de gram-positivos e gram-negativos, podendo ir até as seis semanas. Descreve-se o caso

de um doente de 79 anos, com história de 2 episódios de febre alta separados por 3 meses, tratados com antibioterapia, assumindo-se infeção do trato urinário. Á data da admissão sintomas de cansaço, astenia e anorexia, com perda ponderal de 10 kg e artralgias mas apirético. Á observação um estalido mitral não descrito previamente. Analiticamente apenas anemia ferropénica. Efetuou ecocardiograma que revelou uma vegetação filiforme móvel, medindo cerca de 2.7cm e presença de cordas tendinosas espessadas, sem indicação para cirurgia cardíaca urgente. Dado o longo curso foram pesquisados agentes fastidiosos, com HC, reacção de Huddleson e Rosa Bengala, serologias para Chlamydia e Coxiella burnetii e PCR para Tropheryma whipplei e Bartonella sendo todas negativas. Por falta de agente causal foi realizada terapêutica empírica com 4 semanas de Ceftriaxona, Vancomicina e Gentamicina. O doente evoluiu favoravelmente com diminuição da vegetação e apirexia. Ao 25º dia de antibioterapia sinais de toxicidade à Gentamicina com insuficiência renal e sintomatologia vestibular grave, obrigando à sua suspensão. Este caso relata a importância do alto grau de suspeita clínica para endocardite na síndrome febril arrastada. Neste caso, a antibioterapia prévia por quadros infeciosos pouco fundamentados será a culpada pelas subsequentes culturas negativas focando a necessidade de maior critério no tratamento com antibióticos. Sublinha ainda a necessidade de vigilância dos efeitos secundários que neste caso se tornaram incapacitantes.

PO-02-12

ENDOFTAMILTE ENDOGENA FATAL?

João Moreira Pinto, Teresa Padrão, Susana Franco, Maria Serpa, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Catarina Gouveia, Claudia Meireles
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Sexo masculino, 77 anos, parcialmente dependente. AP: ICC classe II/IV NYHA, FA permanente, Diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, doença ulcerosa péptida, síndrome demencial e alcoolismo cronico. Trazido ao SU por prostração e hipotermia, sem outras queixas. Admitido em hipotermia (29,4ºC) com confusão mental, eritema cutâneo exuberante no abdômen, tronco e membros. Analiticamente: Creatinina 1,3 mg/dL, Leucócitos 144000 com neutrofilia e PCR 1,56 mg/dL. Eletrocardiograma com fibrilhação auricular com frequência cardíaca 57 bpm, QT prolongado (QTc 502 ms), sem sinais de isquemia aguda ou enfarte. Realizou TC cranio que evidenciou fracturas desalinhadas na base e calote cranianas. Foi admitido o diagnóstico de hipotermia grave e lesão renal aguda por desidratação, tendo realizado aquecimento corporal com aumento da temperatura para 35.5ºC. Foi transferido para a enfermaria. Posteriormente com descompensação de insuficiência cardíaca (edemas periféricos e derrame pleural bilateral) com boa resposta clínica a terapêutica instituída. Por febrícula sem evidência de foco infeccioso fez novos exames, destacando-se leucocitúria e nitritos positivos na urina II e urocultura positiva para Serratia marscencens. Iniciou Piperacilina e Tazobactam segundo TSA, que cumpriu durante 8 dias, com melhoria clínica e analítica inicial. Destaca-se ainda conjuntivite bilateral de novo, com hiperemia e exsudado purulento, tendo sido aplicado cloranfenicol oftálmico com ligeira melhoria. Foi observado por Oftalmologia, com diagnóstico de endoftalmite endógena em contexto de sépsis a Serratia marscencens, com reforço de colírios com gentamicina e vancomicina, injeção de antibiótico intracamerular e alteração de antibioterapia para Ciprofloxacina por maior biodisponibilidade local. Apesar de todos os esforços doente com evolução clinica desfavorável, agravamento progressivo de lesões oculares e do estado geral, acabando por falecer na enfermaria.

PO-02-13

HEPATITE E – UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE HEPATITE AGUDA

Cláudia Janeiro, Vítor Freitas, Guilherme Simões, Sofia Salvo, Inês Santos, Rita Santos, Nuno Correia, Luís Vale, Madalena Lisboa
HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS (CHLC, EPE), MEDICINA 2.1

A Hepatite E é a principal causa de hepatite transmitida entericamente não A, não B em países subdesenvolvidos, no entanto, tem sido considerada de pouca relevância clínica e epidemiológica nos países ocidentais. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 40 anos, que recorre ao serviço de urgência com quadro de náuseas, eructação e dor abdominal tipo cólica com uma semana de evolução, somando-se colúria, hipocolia e icterícia da pele e mucosas ao fim de 6 dias. Negava viagens recentes, contactos com animais, consumo de produtos de ervanária, cogumelos, ou introdução recente de fármacos. Objectivamente apirética e hemodinamicamente estável, com icterícia da pele e mucosas, auscultação cardio-pulmonar sem alterações, abdómen depressível, indolor e sem organomegalias palpáveis, sem sinais de discrasia hemorrágica. Realizou ecografia e tomografia axial computorizada abdominal que se encontravam sem alterações. Analiticamente salientava-se hiperbilirubinemia de predomínio directo, elevação da fosfatase alcalina e gama-glutamil transferase associadas a citólise hepática, traduzida pelo aumento de cerca 100 vezes o valor padrão. Do estudo etiológico realizado salientava-se positividade para o vírus de hepatite E por método PCR (polymerase chain reaction). Houve uma melhoria clínica e analítica progressiva, com medidas de suporte, tendo tido alta orientada para a consulta de Hepatologia. A infeção por vírus E é na maioria dos casos autolimitada e não é necessário tratamento, apresentando uma taxa de mortalidade de 1%. Alguns doentes desenvolvem Hepatite fulminante, complicação particularmente frequente em gravidas, cujo tratamento é transplante hepático. A maioria dos casos identificados na Europa estão relacionados com a importação por viajantes ou por consumo de carnes infectadas. Este caso é de especial interesse por se tratar de uma causa pouco frequente, e por vezes esquecida, de hepatite aguda, numa doente sem factores de risco e epidemiologia aparentes.

PO-02-14

UM CASO DE ENTERITE AGUDA POR FEBRE TIFOIDE

Sofia Jardim, Carmen Marques
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ - SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

OBJETIVOS: A febre tifóide é uma doença sistémica grave caracterizada por febre e dor abdominal. Salmonella enterica sorotipo Typhi é o microrganismo responsável. Nos países em desenvolvimento, a doença é adquirida através da ingestão de água e alimentos contaminados, enquanto nos países desenvolvidos, é geralmente importada. Pretende-se relatar um caso de febre tifóide com uma evolução complicada. MÉTODOS: As informações sobre a evolução clínica e a abordagem do doente foram obtidas pela consulta do seu processo clínico. RESULTADOS: Homem de 37 anos, natural da Índia, admitido por quadro com 5 dias de evolução de febre contínua associado a diarreia. À observação apresentava-se febril, taquicárdico, normotenso e eupneico, com dor abdominal difusa e hepatomegália à palpação. Analiticamente, hemoglobina 13,0 g/dl; leucócitos 4.8x10^9/L, com 80,77% de neutrófilos; elevação das enzimas hepáticas; proteína C reativa 210,9 mg/L. A hemocultura viria a isolar Salmonella typhi. Foi iniciada antibioterapia empírica com ciprofloxacina endovenosa, alterada para ampicilina endovenosa de acordo com os testes de sensibilidade aos antibióticos. Por manter febre contínua associada a episódio de hematoquésia grave, realizou colonoscopia com biópsia, a qual revelou enterite ileal. Por agravamento clínico com dor abdominal difusa e defesa à palpação, realizou tomografia computorizada abdominal, a qual confirmou perfuração intestinal. Foi submetido a resseção intestinal com anastomose. Vinte e quatro horas depois, foi submetido a nova resseção com ileostomia por deiscência da anastomose. Apirético após ciclo de 14 dias de piperacilina-tazobactam, teve alta. CONCLUSÃO: A febre tifóide deve ser considerada um diagnóstico diferencial em doentes provenientes de áreas endémicas que se apresentem com febre e dor abdominal. A terapêutica deve ser instituída o mais precocemente possível para evitar complicações de elevada mortalidade, tais como a perfuração intestinal.

PO-02-15

DERRAME PERICÁRDICO: UMA APRESENTA-ÇÃO RARA NA DOENÇA DE LYME?

Luciana Sousa, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão
HOSPITAL DE BRAGA -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO:A doença de Lyme é uma doença causada por uma espiroqueta (Borrelia burgdorferi) e transmitida por um vector, caracterizada por três fases. CASO CLÍNICO:Mulher, 67 anos, residente em França. Obesa com depressão e tiroidite de Hashimoto, medicada com levotiroxina, Cymbalta(R), Mianserina e

Tercian(R). Recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de astenia, dispneia e ortopneia de agravamento progressivo nos últimos 10 dias e dor torácica anterior opressiva de instalação nesse dia. Negava tosse, febre ou rash. Apresentava mialgias de longa data. Ao exame físico salientava-se TVJ a 45º, taquipneia e cianose labial; apresentava estabilidade hemodinâmica, sons cardíacos hipofonéticos e edema dos membros inferiores até ao joelho. Analiticamente objectivada insuficiência respiratória hipoxémica, sem hiperlactacidemia, sem alteração da função tiroideia ou elevação dos parâmetros inflamatórios. ECG de baixa voltagem sem sinais de isquemia aguda e angio-TC de tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar mas com evidência de volumoso derrame pericárdico. Ainda no SU realizou ecocardiograma transtorácico que confirmou os achados, sem evidência de tamponamento. Durante o internamento permaneceu hemodinamicamente estável e apirética, mantendo queixas de mialgias e humor distímico. Todo estudo efectuado foi negativo à excepção das serologias que foram positivas para Borréllia Burdorferi (confirmatório positivo). Previamente medida com colquicina e corticóide, associou-se doxiciclina. Posteriormente ecocardiograma de controlo com regressão parcial do derrame. À data da alta tinha realizado um mês de antibioterapia e encontrava-se sob prednisolona 15mg/dia em desmame. Orientada para o seu médico assistente em França com indicação para repetição de serologias. CONCLUSÃO: Os autores discutem a verdadeira etiologia infecciosa pois atendendo ao quadro clínico houve necessidade de introduzir corticoterapia e perdeu-se o seguimento pelo facto da doente residir em França.

PO-02-16

SEGREDOS DE UM BAÇO: OS QUISTOS QUE INTRIGAM

Ana Pãosinho, Isabel A. Costa, Sílvia Silva, Ricardo Marques, Nuno Cercas Pinheiro, João Pereira, Ana Alves Rafael, Luís Viana Fernandes, Alberto Mello e Silva.
HOSPITAL EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA 1 A (C.H.L.O.)

Os quistos esplénicos epiteliais congénitos são entidades raras estando relatados menos de 1000 casos na literatura. A maioria é diagnosticada acidentalmente por queixas inespecíficas ou exames dirigidos a outras causas. Tradicionalmente a abordagem era cirúrgica porém, cada vez mais, se advoga a preservação do baço pela sua importância imunológica. Apresentamos o caso dum homem de 31 anos, caucasiano, guarda prisional, com antecedentes pessoais de espondilite anquilosante em remissão, sem medicação. Foi referenciado à consulta de medicina interna pelo médico de família por dor intermitente no hipocôndrio esquerdo, sem fatores de alívio ou agravamento ou outros sintomas, e achado ecográfico de quisto esplénico com vários septos finos com 7,5x8cm suspeito de quisto hidático, conhecido desde 2012, na altura com 6,7x4,8cm. Da história epidemiológica apurou-se contato com cães, sem viagens recentes, traumas ou cirurgias. Foram pedidas serologias para Equinococcus granulosus que foram ambas negativas, primeiro para o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (imunodifusão, imunoelectrofusão e aglutinação em látex) com repetição no Instituto Nacional Ricardo Jorge (ELISA) dado o elevado índice de suspeição. Para esclarecimento dos aspectos imagiológicos o doente realizou RMN abdominal que não mostrou aspectos compatíveis com quisto hidático mantendo quisto de 8x7cm. Porém, dado o ritmo de crescimento (1cm/ano) e dimensões (>6cm), tinha um elevado risco de ruptura e hemorragia, pelo que foi proposto para esplenectomia laparoscópica electiva. Fez as imunizações preconizadas e profilaxia com albendazol durante 1 mês. Esta decorreu sem intercorrências tendo a anatomia patológica mostrado vários quistos de parede fina de conteúdo castanho seroso, o maior com 6,5 cm, compatível com quistos epiteliais do baço. Os autores propõem discutir a abordagem dos quistos esplénicos, as suas diferentes etiologias e opções terapêuticas. Apresentamos imagens radiológicas e da peça cirúrgica.

PO-02-17

ERITEMA NODOSO RECIDIVANTE, A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO HISTOLÓGICO DIRIGIDO

Ana Santos, Francine Mascarenhas, Andreia Teixeira, Eduardo Carvajal, Lúcia Carrera, Djenabu Cassama, Joaquina Dominguez, José Cortéz, José Águila, Vera Escoto
ULSNA - HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução:A tuberculose é uma patologia potencialmente grave,de afetação primariamente pulmonar,causada por Mycobacterium Tuberculosis.Embora mais raro,pode também afetar os rins,cérebro ou pele.Outrora uma doença rara em países desenvolvidos,desde 1985,a sua prevalência tem vindo a aumentar,associada à disseminação de patologias como o HIV e aumento da migração Caso:Mulher,53 anos.Antecedentes de omartrose e epicondilite.Enviada a consulta de Doenças Autoimunes em 2013 por poliartralgias de características inflamatórias, referindo também uma lesão eritematosa nodular pre-tibial,dolorosa,de 1x1,5cm,recorrente(4 vezes em 6 meses).Estudo efetuado-Screening negativo para Brucelose,HIV,Sifilis,HCV,HBc (Falso-positivo),Mantoux negativo,estudo imunológico negativo,incluindo ECA.Biópsia da lesão “diagnostico clinico de eritema nodoso”.Num espaço de 15 meses, reaparecimento por 2 vezes das lesões,que responderam parcialmente a corticoterapia,mas suscitaram dúvidas sobre o diagnóstico de Eritema Nodoso.Revisto o caso por má resposta terapêutica, e história de Mantoux positivo/duvidoso anterior. Perante IGRA positivo,nova biópsia,pensando agora na possibilidade de uma tuberculose cutânea, com o resultado “lesões granulomatosas da derme profundas e tecido celular subcutâneo.Os granulomas são pequenos, epitelioides, sem necrose.Há lesões de vasculite linfocítica em vasos de tamanho pequeno e mediano(…)sugestivos de eritema indurado de Bazin” Conclusões:O Eritema Indurado de Bazin, descrito pela primeira vez por Ernest Bazin, 1861, é uma forma de vasculite nodular, associada a infeção por Mycobacerium Tuberculosis (1-2% prevalência).Clinicamente descrito como nódulo doloroso palpável,nos membros inferiores,por vezes bilateral,mais comum em mulheres entre os 30-60 anos.O seu diagnóstico é baseado na correlação entre os aspetos clínicos e os elementos histopatológicos das lesões,provas tuberculínicas positivas,tuberculose ativa em outros órgãos e resposta favorável à medicação.

PO-02-18

ATITUDES PREVENTIVAS DE COMPLICAÇÕES INFECIOSAS NOS DOENTES INTERNADOS

Joana Oliveira, Ana Reis, Diana Repolho, Sara Freitas, Rita Gameiro, Nuno Raposo, Bárbara Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A infeção nosocomial (IN) é um problema com escala mundial. Este trabalho pretende rever medidas básicas de prevenção de complicações infeciosas nos doentes internados. Selecionadas medidas como: elevação da cabeceira a 30º, utilização de inibidores de bomba de protões (IBP) sem indicação terapêutica/profilática, alimentação por via oral em doentes com risco de aspiração, utilização de terapêutica endovenosa sem justificação clínica, presença de acessos endovenosos (ev) na ausência de terapêutica ev prescrita e algaliação sem indicação. Realizada análise observacional e dos processos clínicos de 53 doentes no Serviço de Medicina no dia 19 de Fevereiro de 2015: 43% mulheres e 58,5% homens, idade média de 74 anos, 80% com algum grau de dependência e 47% com IN diagnosticada. A maioria tinha cabeceira elevada a 30º mas 22,7% não cumpriam esta medida, destes, metade tinha diagnóstico de IN. 88,3% medicados com um IBP, havendo indicação específica apenas em 30%; também metade destes doentes tinham diagnóstico de IN. Apenas 13% dos doentes não tinham alimentação por via oral, destes, 90% tinham sonda nasogástrica (SNG); dos doentes com SNG 100% tinham diagnóstico de IN. A terapêutica ev encontrava-se prescrita em 51% dos doentes, em metade não foi encontrada justificação para esta via. Destaque ainda para a percentagem de doentes sem terapêutica ev que mantinha acessos ev, 44%. Apenas 15% dos doentes estavam algaliados, não tendo sido encontrada justificação em apenas 3; a incidência de IN neste grupo foi de 75%. Da análise dos resultados obtidos, destaque para a grande utilização de IBP sem indicação específica, provavelmente pela falta de consenso quanto às indicações para profilaxia de úlcera de stress. Admite-se que nos doentes com SNG a IN é explicada pelo seu grau de dependência e múltiplos internamentos. Conclui-se que apesar de globalmente aplicadas, há ainda necessidade de reforçar a importância destas medidas básicas na prevenção de complicações infeciosas.

PO-02-19

INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO COM ISOLAMENTO MICROBIOLÓGICO

Joana Oliveira, Ana Reis, Diana Repolho, Sara Freitas, Bárbara Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é um dos motivos de internamento mais frequente no Serviço de Medicina. Realizada análise da prevalência da ITU com isolamento de agente microbiológico no nosso Serviço, visando a caracterização demográfica dos doentes, dos factores de risco para ITU, análise da antibioterapia empírica e ajuste de acordo com teste de sensibilidade. Efectuado estudo retrospetivo dos doentes com o diagnóstico de ITU com isolamento de agente microbiano, internados no período entre 1 de Setembro e 31 de Outubro de 2015. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos. Analisámos o processo clínico de 65 doentes, 38 mulheres e 27 homens, idade média de 78 anos. Destes, 64% residiam no domicílio e 28% em lar; 66% dos doentes tinham algum grau de dependência. Os fatores de risco para ITU mais prevalentes foram a diabetes (44%) e a antibioterapia nos 3 meses prévios (40%). A Escherichia coli (E. coli) multissensível foi o agente isolado em 35% dos doentes, seguida da E. coli produtora de betalactamases em 18%; de referir ainda isolamento de Klebsiella pneumoniae produtora de beta-lactamases em 9%. Como agentes menos frequentes, Citrobacter koseri multirresistente (1%), Raoultella ornitholytica (1%) e Serratia odorífera (1%). Os doentes foram medicados empiricamente, em 28% dos casos com amoxicilina e ácido clavulânico, em 31% com cefalosporinas, 15% com meropenem e 10% com piperacilina e tazobactam. A duração média da antibioterapia em doentes com cistite aguda foi de 8 dias, na pielonefrite aguda de 10 dias e na urossépsis também de 10 dias. Os doentes internados por ITU são sobretudo doentes idosos, com comorbilidades graves e grau de dependência importante. O agente mais frequente foi a Escherichia coli multissenssível, fazendo equacionar a antibioterapia empírica mais frequentemente iniciada (cefalosporinas) e a possibilidade de privilegiar futuramente a utilização de amoxicilina e ácido clavulânico.

PO-02-20

DOENÇA DE LYME: 2 CASOS, 2 FASES DA MESMA DOENÇA

Inês Mourato Nunes, Ana Lopes, Maria Joana Alvarenga, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO MEDICINA 1, HOSPITAL EGAS MONIZ, CHLO

A Doença de Lyme é uma doença multissistémica, transmitida pela espiroqueta Borrelia burgdorferi através da picada de carraças infectadas. As suas manifestações clínicas são diversas. As mais comuns são eritema migrans, febre, mialgias, artralgias, fadiga, cefaleia e adenopatias locais. Mas numa fase mais avançada poderão existir manifestações neurológicas, oculares e cardíacas. O 1º caso de uma mulher de 32 anos que se apresenta com febre, odinofagia, mialgias, artralgias e cansaço fácil; adenopatias cervicais dolorosas, móveis e elásticas; rash cutâneo maculo-papular generalizado; fervores subcrepitantes bibasais na auscultação pulmonar; abdómen sem alterações. Analises com Hb 14.7g/dl, leucócitos 6100/mcL, neutrófilos 96%, PCR 36mg/dl, AST 115U/L, ALT 127U/L; hipoxémia na gasimetria arterial; Ac heterofílicos mononucleose infecciosa, serologias toxoplasma, CMV, HIV1/2, antigenúrias Legionella pneumophila e hemoculturas negativos. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial bibasal com derrame pleural de pequenas dimensões. Por suspeita de febre relacionada com mordedura de carraça iniciou empiricamente doxiciclina e foram pedidas serologias de Rickettsia conorii, Coxiella burnetii e Borrelia burgdorferi. Obteve-se resultado positivo para Ac IgM Borrelia burgdorferi (ELISA) com confirmação por Immunoblot (e factor reumatoide positivo). O 2º caso de uma mulher de 50 anos enviada da Consulta de Oftalmologia por episclerites de repetição; história de eritema migrans uns meses antes, astenia marcada e poliartralgias. Por suspeita de Doença de Lyme é pedida serologia para B. burgdorferi cujo Ac IgM (ELISA) foi positivo. O teste de confirmação por Immunoblot teve resultado suspeito; o factor reumatoide é negativo. Ambas melhoraram com doxiciclina. Estes 2 casos com apresentações distintas, apresentam-se em fases diferentes da mesma doença, mostrando a importância do diagnóstico na fase aguda, para que não evolua com cronicidade como no 2º caso.

PO-02-21

MENINGO-ENCEFALITE A HERPES-ZOSTER

João Azeredo Costa, Vera Salvado, Luís Dias
H. SÃO JOSÉ - SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: A meningite a herpes-zoster é uma complicação incomum da infecção a varicella-zoster. Ocorre mais frequentemente nos imunodeprimidos, com a idade avançada e com mortalidade que pode chegar aos 15%. CASO CLÍNICO: Homem de 85 anos com doença renal crónica sob hemodiálise, hepatite C crónica, DPOC tabágica. Trazido à urgência por quadro de confusão mental e desorientação, alucinações visuais e auditivas, agressividade e delírio persecutório. Estava medicado há quatro dias com valaciclovir 500mg/dia por herpes zoster da coxa direita. À observação confirmam-se as alterações descritas, estava apirético (sob paracetamol) e sem sinais meníngeos. Analiticamente sem leucocitose e com pCR 15,9 mg/L. Realiza TC-CE sem alterações de relevo e punção lombar com pleocitose de 240 células/µL com predomínio de mononucleados e hiperproteinoráquia de 126,6mg/dL. Iniciou aciclovir 750mg de 8/8h que cumpriu durante 21 dias após identificação por polymerase chain reaction (PCR) de vírus varicella-zoster no líquido cefalorraquidiano. No internamento predominou quadro de desorientação com prostração, febre nos primeiros três dias mas com recuperação neurológica completa ao final do 11º dia de tratamento. Teve alta sem sequelas neurológicas mas com nevralgia pós-herpética na coxa direita. CONCLUSÃO: Ilustramos um caso de meningo-encefalite viral a um agente pouco frequente mas cada vez mais reconhecido com a implementação da PCR. Dado a sua crescente incidência e potencial gravidade alguns países recomendam a vacinação na idade avançada.

PO-02-22

UMA ASSOCIAÇÃO PERIGOSA: SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON E VIH

Raquel Barreira, Rita Rei Neto, Juliana Silva, Andreia Seixas, Tiago Teixeira, Margarida Mota, Rosas Vieira
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação de hipersensibilidade mucocutânea, com necrose e destacamento epidérmico, geralmente causada por fármacos. Trata-se de uma entidade com mortalidade de até 50% em casos que progridem para necrólise epidérmica tóxica. Apesar de rara na população geral é cem vezes mais incidente em infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Apresenta-se o caso de uma mulher de 38 anos, com antecedentes de oligofrenia, história de relações sexuais desprotegidas com companheiro VIH positivo, perda ponderal de 25% e infeções respiratórias de repetição no ano anterior. Recorre ao serviço de urgência (SU) por exantema macular da face, membros e tronco, não pruriginoso, com 10 dias de evolução, associado a febre de 39ºC, odinofagia e hiperemia conjuntival. Havia sido polimedicada com amoxicilina/ácido clavulânico e ibuprofeno 11 dias antes do início do quadro e, nas primeiras 24 horas de clínica, com lamotrigina, mirtazapina e venlafaxina, com agravamento sintomático. No SU diagnóstico de infeção VIH, em estadio B3. Proposto internamento por suspeita de SSJ, confirmada em biópsia cutânea. Iniciou corticoterapia e anti-histamínico e simplificou-se a medicação habitual; por agravamento clínico (exantema morbiliforme com sinal de Nikolsky positivo, com posterior destacamento epidérmico; envolvimento da mucosa genital; blefarite e queratite difusa) foi prescrita imunoglobulina humana 2g/Kg IV, com resolução paulatina das lesões. O agente causal não foi identificado, embora pela evolução temporal e revisão da literatura, a amoxicilina fosse o mais provável, com potencial exacerbação clínica pela lamotrigina. Conclusão: Com este caso os autores pretendem alertar para esta síndrome no doente VIH positivo, população em risco acrescido. A prescrição farmacológica nestes doentes deve ser criteriosa e vigiada. Em eventual caso de SSJ urge uma atuação precoce, fator prognóstico determinante

PO-02-23

"BARRIGA D´ÁGUA" – UM CASO DE TUBERCULOSE PERITONEAL

Carla Maravilha, Marta Ilharco, Cleide Barrigoto, Catarina Rodrigues, Mª Carmo Fevereiro, Fátima Lampreia, António Godinho
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1.4

A incidência da Tuberculose tem vindo a aumentar nos últimos anos a nível mundial, estando este ressurgimento relacionado com a disseminação não controlada da infeção por VIH e também, em parte, devido ao uso de imunossupressores. A Tuberculose abdominal é uma das formas mais comum de tuberculose extrapulmonar, fazendo diagnóstico diferencial com múltiplas entidades. Os autores apresentam um caso de Tuberculose peritoneal (Tp) em doente não imunodeprimido. Doente de 50 anos, sexo masculino, com história de hábitos toxicófilos endovenosos no passado, status pós-infeção por VHC e situação psicossocial frágil, com períodos de indigência. Surge com quadro com 1mês de evolução de aumento do perímetro abdominal, abdominalgia difusa, astenia, anorexia e perda ponderal ~10Kg. Sem outras queixas, nomeadamente do foro gastrointestinal ou respiratório e sem evidencia de febre. Objetivamente apresentava ascite de moderado volume, sem massas ou organomegálias palpáveis. Analiticamente há a referir apenas elevação da PCR e sem disfunção de órgãos aparente. Serologias para VIH e VHA e VHB negativas e carga viral de VHC indetetável. Realização de paracentese com bioquímica compatível com exsudado, ADA positiva, exame direto de BAAR e bacteriológico negativos e citológico inespecífico. Perante suspeita de Tp foi pedida realização de biópsia peritoneal com resultado anátomo-patológico a identificar numerosos granulomas com Células Gigantes tipo Langhans, alguns com necrose central, mas sem identificação de BAAR. Perante histologia e elevado grau de suspeição iniciou-se terapêutica antibacilar. Um mês após inicio de terapêutica obtivemos resultado micobacteriológico do líquido ascítico, que se revelou positivo para Mycobacterium Tuberculosis multissensível. Este caso clínico revela que a Tuberculose, em todas formas de apresentação, permanece como a grande simuladora, devendo estar sempre presente como diagnóstico diferencial de quadros sistémicos inespecíficos.

PO-02-24

FEBRE TIFOIDE – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Sílvia Paredes, Alexandra Couto, Carla Fidalgo, Margarida Ramos-Lopes, Narciso Oliveira, Teresa Pimentel
HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A febre tifoide é uma doença sistémica caracterizada por febre e sintomas gastrointestinais. A leucopenia ou um leucograma normal são frequentes, contudo a pancitopenia é uma característica rara, presente em menos de 5% dos casos. Caso clínico: Mulher de 37 anos, caucasiana, residente em Luanda, previamente saudável e sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre e cefaleia occipital com uma semana de evolução, cedendo aos antipiréticos, mas recorrendo 4 a 5 horas após. Referia ainda astenia, anorexia e mialgias. Viajara de Angola para Portugal 4 dias antes do aparecimento destes sintomas. Sem alterações cutâneas, queixas digestivas ou articulares. Vacinas e profilaxias atualizadas. Já recorrera a outros SU por duas vezes tendo tido alta medicada com antipirético. Ao exame físico a destacar palidez das mucosas. Analiticamente, hemoglobina 9,8g/dL (11.7g/dL 2 dias antes), leucopenia (3000/uL), neutropenia (1700/uL), plaquetas (129000/uL), proteína-C reativa 256 mg/L, AST 112 U/L, ALT 119 U/L, pesquisa de plasmodium em gota espessa e antigénio negativos. Após internamento no serviço de Medicina Interna, a doente manteve febre e agravamento dos parâmetros hematológicos. Ao 2º dia de internamento crescimento de bacilo gram negativo em 2 amostras de hemoculturas, iniciando-se antibioterapia com ceftriaxone. Posteriormente evoluiu favoravelmente, tendo permanecido apirética após o 6º dia de internamento. Gradualmente apresentou recuperação hematológica e hepática, tendo sido isolada uma Salmonella typhi ao 8º dia. Após 14 dias de tratamento, apresentou recuperação clínica e analítica completas. Conclusão: Este caso clínico reporta uma septicemia por Salmonella, caracterizada pela presença de pancitopenia e sem sintomatologia gastrointestinal. A apresentação clínica e laboratorial da febre tifoide tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, pelo que esta condição poderá ser incluída no diagnóstico diferencial da pancitopenia.

PO-02-25

QUANDO O GATO É O PIOR INIMIGO DO HOMEM

Carolina Vidal 1,2, António Fontes 2, Beatriz Braga 1, Humberto Costa 2, Dionísio Faria Maia 2
1 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, 2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Introdução: A Pasteurella multocida (P.multocida) causa infeção dos tecidos moles, geralmente após um contacto com saliva de cães e/ou gatos. Contudo, a meningite provocada por P.multocida é um evento raro no imunocompetente. Caso clínico: Homem de 59 anos, história de tabagismo e etilismo, em abstinência, admitido com quadro de cefaleia, vómitos, desvio da comissura labial, com posterior instalação de coma. Realizou tomografia computorizada (TC) de crânio com edema vasogénico occipito-temporal direito, com efeito de massa. Líquido cefalorraquidiano (LCR) de aspeto purulento, com mais de 1000 células/uL com predomínio de polimorfonucleares. Foi entubado, ventilado e admitido em Unidade de Cuidados Intensivos. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone, ampicilina e vancomicina, bem como dexametasona. Hemoculturas, aspirado traqueobrônquico e estudo microbiológico do LCR isolaram todos P. multocida. Doente teria contacto próximo com gatos, mas não apresentava feridas ou escoriações sugestivas de dentada ou arranhadura do animal. Repetiu TC de crânio (D6) com evidência de coleções abcedadas da região temporo-occipito-parietal direita condicionando acentuado edema vasogénico e efeito de massa. Sem indicação para drenagem neurocirúrgica. Durante o internamento manteve estado comatoso apesar da descida dos parâmetros inflamatórios e apirexia, pelo que repetiu TC de crânio (D14) que revelou duas áreas isquémicas agudas no território da artéria cerebelosa postero-inferior direita e da artéria cerebral média esquerda, com redução da dimensão das coleções abcedadas. Manteve má evolução neurológica. À data o doente encontra-se totalmente dependente, apesar da resolução do quadro infeccioso. Conclusão: A P.multocida é uma causa rara de meningite e abcesso cerebral no adulto. O contacto crescente com animais domésticos poderá contribuir para a prevalência crescente de meningite a P. multocida. Este caso ilustra gravidade da infecção que este agente pode provocar.

PO-02-26

MUITO MAIS QUE UMA SIMPLES VARICELA

Carolina Vidal, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Introdução: Apesar da Varicela ser frequentemente uma doença benigna e auto-limitada, ocasionalmente podem surgir complicações graves. Complicações neurológicas como a meningoencefelite a vírus Varicela-Zoster (VZV), ocorrem mais frequentemente no imunodeprimido, designadamente portadores do vírus de imunodeficiência humana. Os autores descrevem o caso de uma idosa com meningoencefalite a VZV após Varicela. Caso clínico: Mulher de 89 anos, autónoma, antecedentes de hipertensão admitida por febre e dermatose caracterizada por vesículas e pústulas do tronco com cerca de 4 dias de evolução. Analiticamente com evidência de infeção urinária. Iniciou antibioterapia com Ceftriaxone e terapêutica tópica com Aciclovir uma vez que a dermatose era discreta e já com vários dias de evolução. No 7º dia de internamento com quadro de confusão, desorientação temporo-espacial e alucinações visuais, realizou tomografia computorizada de crânio com sequelas de lesão isquémica antiga ao nível do hemisfério cerebeloso esquerdo, atrofia cerebral e leuco-encefalopatia. Realizada punção lombar não traumática, verificando-se saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) xantocromático, com proteinorráquia aumentada e 80 células/mm3 com predomínio de monucleares. Iniciou terapêutica sistémica com Aciclovir. Posteriormente foi conhecida a positividade da pesquisa por Polymerase Chain Reaction do VZV no LCR. Estudo microbiológico do LCR foi negativo. Cumpriu 21 dias de Aciclovir, com melhoria do quadro clínico. A ressonância magnética (D20 Aciclovir) não mostrava sinais de encefalite.

Conclusão: A meningoencefalite é a complicação neurológica mais grave da Varicela, afetando 1 a 2 doentes a cada 10 000 casos. Apesar de surgir na grande maioria em doentes imunodeprimidos, ocasionalmente pode surgir em doentes sem imunodeficiência evidente, como neste caso clínico.

PO-02-27

PARÉSIA DO III PAR CRANIANO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tiago Sepúlveda Santos, Ana Filipa Raposo, Isabel Amorim, Miguel Santos, Patrícia Antunes, Filipa Falcão, Luísa Albuquerque
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CHLN

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, cuja prevalência tem aumentado nos últimos anos, sobretudo nos Estados Unidos e entre homossexuais jovens. A sua história natural divide-se em três estádios: primário (úlcera indolor e linfadenopatia), secundário (rash macular e/ou envolvimento neurológico) e terciário (cinco ou mais anos após o estádio primário com lesões cerebrais ou mielopatia). Designa-se por sífilis latente a infecção com serologias reactivas, mas sem achados clínicos. A neurossífilis pode manifestar-se de diversas formas, que incluem cefaleias, meningismo, parésia de pares cranianos, vertigens, entre outros. O caso clínico apresentado é o de uma mulher de 46 anos com ptose palpebral direita de agravamento progressivo e diplopia desde há 2 meses. Foi iniciada investigação etiológica, com serologias virais e estudo de autoimunidade negativos. Verificou-se reactividade para serologia da sífilis, com posterior confirmação treponémica (TPHA>1/40960). Admitindo-se o diagnóstico de neurossífilis, foi feita punção lombar que confirmou pleocitose, aumento das IgG e TPHA de 1/10240. O estudo imagiológico realizado não revelou quaisquer alterações. Em observação oftalmológica, destacava-se limitação dos movimentos oculares à direita, anisocória, dissociação luz-perto e escotoma arciforme à esquerda. Foi assumido o diagnóstico de parésia do III par direito e pupilas de Argyll-Robertson em contexto de neurossífilis. A doente iniciou penicilina, com melhoria parcial da ptose palpebral. Dois dias após o término da antibioterapia, a doente apresentou parésia facial central esquerda, que se enquadrou na situação clínica descrita. Este caso demonstra que a apresentação da neurossífilis pode ser muito variada, devendo ser sempre considerada. O diagnóstico definitivo não exige a apresentação se sinais/sintomas, mas sim evidência serológica de sífilis e uma ou mais alterações no líquor: pleocitose, proteinorráquia, aumento de IgG ou bandas oligoclonais.

PO-02-28

UM CASO DE DERRAME PLEURAL E PSORÍASE - RELATO DE CASO

Ivo Cunha, Daniela Rodrigues, Alexandre Vasconcelos, Eduardo Eiras, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A tuberculose ganglionar e pleural são as duas formas de apresentação mais comuns de tuberculose extrapulmonar. Apresentamos o caso clínico de um homem de 69 anos que recorreu ao SU por quadro constitucional de 3 meses, episódios de febre e dispneia. Em consulta de Dermatologia, por psoríase, após tratamento corticóide sem sucesso, iniciou adalimumab (6 tomas quinzenais) com prova de Mantoux positiva (12mm), sem tratamento de tuberculose latente. Por manter quadro suspendeu adalimumab, realizou angioTC torácico que revelou derrame pleural direito e adenopatias mediastínicas, e foi enviado ao SU apresentando adenopatia supraclavicular direita com 1cm, indolor, elástica e móvel. Analiticamente sem leucocitose, VIH, bacteriológicos e micobacteriológicos de expectoração negativos. Na toracocentese, líquido turvo, exsudativo, com 60% de PMN, ADA 34.9U/L, citologia, baciloscopias e teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) negativos. Broncofibroscopia sem alterações, e exame direto, TAAN e bacteriológico do LBA negativos. A biópsia pleural mostrou granulomas mal definidos com necrose sem caseificação. Apesar do estudo pleural inconclusivo, a hipótese de tuberculose manteve-se, e realizou-se biópsia excisional do gânglio supraclavicular, com exame direto e TAAN positivos para BK e histologia com granulomatose de caseificação. Iniciou terapêutica antibacilar e documentação posterior de culturas positivas para Mycobacterium tuberculosis no gânglio excisado e biópsia pleural. Este caso pretende ilustrar o desafio clínico associado ao diagnóstico de formas extrapulmonares de tuberculose. Aos autores parece importante reflectir igualmente acerca do papel da ADA, que apesar de constituir uma ferramenta importante no diagnóstico da tuberculose pleural, deverá ser interpretada à luz da prevalência local de tuberculose. O cutoff deverá ser dinâmico, evitando-se falsos negativos e o adiamento da terapêutica, prevalecendo a suspeição e o enquadramento clínico do doente.

PO-02-29

MENINGITE A VÍRUS VARICELA ZOSTER (VVZ) E SÍNDROMA DE RAMSAY HUNT "SINE HERPETE" EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE.

Ana Rita Sanches, Pedro Correia, Rosa Sá, Isabel Ramos, Saraiva da Cunha
SERVIÇO DE MEDICINA DO CHMT E SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS DO CHUC

O vírus Varicella Zoster (vVZ) tem reconhecido tropismo pelo sistema nervoso. As complicações neurológicas comummente associadas ao agente incluem: meningite, encefalite, mielite transversa, ataxia e a síndroma de Ramsay Hunt. Esta sindroma caracteriza-se pela presença de paralisia facial periférica, hipoacusia e eritema vesicular (este último poderá não ocorrer, designando-se esta situação por "sine herpete"). Caso Clínico: Senhora de 58 anos, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleias holocraneanas, febre, mialgias generalizadas e náuseas, com 8 dias de evolução. Antecedentes de HTA medicada e herpes zoster escapular esquerdo (5 meses antes). Ao EO apresentava-se consciente e orientada, com rigidez terminal da nuca e fono-fotofobia; sem parésias motoras evidentes; cicatrizes na região deltoideia esquerda, compatíveis com herpes zóster prévio; ataxia (Romberg +). Analiticamente sem alterações. TC-CE sem evidência de lesões agudas. Exame citoquímico do LCR com hipoglucorraquia e celularidade aumentada. Proposto internamento por suspeita de meningoencefalite; iniciou meropenem 2g ev tid. As culturas de sangue, urina e LCR (bactérias e fungos) foram negativas. Identificado ADN do vVZ (por PCR) no LCR, tendo iniciado aciclovir ev, em doses meníngeas. A serologia para herpes zoster foi igualmente positiva, com presença de anticorpos específicos IgM e IgG. A RMN CE revelou sinais de gliose. O EEG apresentava anomalias temporais esquerdas, sem padrões periódicos. Em D8 instalou-se paralisia facial periférica direita. O audiograma confirmou diminuição da acuidade auditiva no ouvido direito. Durante todo o internamento não foi observada qualquer lesão cutânea vesiculosa. Teve alta ao 29º dia de internamento, com o diagnóstico de meningo-encefalite por vVZ, complicada de síndroma de Ramsay Hunt. Mantinha ataxia da marcha e paralisia facial (melhorada), pelo que se referenciou para tratamentos de reabilitação motora e consultas de Infecciologia, Neurologia e ORL.

PO-02-30

UMA CAUSA RARA DE VASCULITE

Carmen Pais, Rita Silva, Ana Raquel Lima, Sónia Carvalho, Fernando Salvador, Anabela Morais, António Trigo Faria
HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As vasculites são patologias heterogéneas e multiorgânicas que se caracterizam por inflamação e necrose de vasos sanguíneos. Frequentemente são de causa autoimune, porém podem ser secundárias, por exemplo, a infeções. Caso Clínico: Sexo masculino de 36 anos, com antecedentes de asma na infância, rinite alérgica e fumador e com história de viagem à América do Sul há 2 anos. Apresentava celulite do escroto e períneo com 3 semanas de evolução, sem melhoria com antibioterapia, artrite da tibiotársica direita e nódulos subcutâneos sem eritema de instalação progressiva. O estudo complementar revelou eosinofilia, com estudo autoimune, serologias víricas, hemoculturas e coproculturas negativos. Estudo imagiológico revelou derrame pleural de pequeno volume à esquerda e densificações em vidro despolido. A biopsia das lesões do escroto e períneo revelaram paniculite eosinofílica com vasculite associada. Foi assumida granulomatose eosinofílica com poliangeíte ANCA negativa, iniciando imunossupressão. Realizou broncofibroscopia com aspirado alveolar no qual se identificou trofozoítas, cistos imaturos e fenómenos de excistação compatíveis com a presença de Entamoeba hystolitica, com a presença de uma larva rabditiforme. A pesquisa de outras parasitas foi negativa.

Diagnóstico final de vasculite secundária a infeção parasitária, iniciando metronidazol com melhoria clínica progressiva. Discussão e Conclusão: A infeção por Entamoeba hystolitica, confirmada pela presença de trofozoítas na BFO apresentou-se inicialmente sob a forma de vasculite. O atingimento pulmonar ocorre geralmente através da disseminação hematogénea a partir do trato gastro-intestinal, embora as coproculturas, neste caso, fossem negativas. Este caso clínico ilustra uma apresentação rara e demonstra a importância de um estudo exaustivo para o diagnóstico.

PO-02-31

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS - O GRANDE SIMULADOR

Vitor Freitas, Sofia Salvo, Rita Santos, Nuno Carreira , Madalena Lisboa
CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTONIO DOS CAPUCHOS, MEDICINA 2.1

A infecção a Mycobacterium tuberculosis (M.tuberculosis) mantém-se como uma das doenças infecciosas mais prevalentes no mundo, com cerca de 8 milhões de novos casos por ano. A Tuberculose peritoneal é a 5 forma mais comum de tuberculose extra pulmonar e representa apenas 1-2% de todos os casos de infecção a M. tuberculosis. O seu curso indolente e sintomatologia inespecífica fazem do seu diagnóstico um desafio, confundindo-se muitas vezes com processos neoplasicos. Os autores apresentam um caso de uma jovem de 28 anos, Nepalesa, em Portugal desde 2014 e sem viagens no último ano. Sem antecedentes pessoais relevantes, índice obstétrico 1001 e medicada habitualmente com desloratadina. Observada no Serviço de Urgência (SU) com quadro de 2 semanas de evolução caracterizado por aumento do volume abdominal, perda ponderal de 2kg e febre (máximo 38) verificada apenas nas últimas 48h. Sem náuseas, vómitos ou alteração do trânsito, negava queixas respiratórias e genito-urinárias. Trazia consigo TC abdomino-pelvico que descrevia volumosa ascite abdominal e pélvica. Não apresentava alterações ao exame objectivo embora com queixas álgicas a palpação no flanco esquerdo. Laboratorialmente sem alterações relevantes a excepção de proteína C reactiva (PCR) - 122mg/l. Radiografia de tórax sem alterações pleuro-parenquimatosas agudas. No estudo analítico efectuado destacava-se CA 125 – 487U/ml (padrão < 35U/ml), realizou Ressonância Magnética (RM) abdominal e pélvica que excluiu processo neoformativo, não apresentando adenopatias ou imagens sugestivas de implantes peritoneais. Fez paracentese, liquido característico de transudado, com pesquisa de Bacilos Acido Alcool Resistentes (BAAR) negativa, Técnica de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN) positiva para M. tuberculosis, sendo o exame cultural positivo às 2 semanas. O caso em questão é interessante pela baixa positividade do TAAN nestes casos, onde o diagnóstico é maioritariamente obtido através de biopsias por laparoscopia.

PO-02-32

ASCITE EM DOENTE JOVEM: DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Isabel Reis, Sara Freitas, Joana Oliveira, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Apresentamos o caso de uma mulher de 21 anos, sem patologias prévias referenciada ao serviço de urgência por dor abdominal difusa agravada com a mobilização axial, com 2 meses de evolução, associada a sensação de febre e anorexia. Na admissão, bom estado geral, abdómen doloroso, sem reação peritoneal, timpanismo central e macicez nos flancos, ruídos hidroaéreos presentes. Sem adenomegálias. Avaliação ginecológica: sem dor à mobilização do colo do útero ou exsudado cervical. Analiticamente, leucocitose, PCR 12,05 mg/dL, sem padrão de citocolestase, DIG, serologias VIH e hepatites negativos. Trazia ecografia abdominal com um mês que documentava volumosa ascite e TC abdómino-pélvico também com espessamento peritoneal. Foi internada com as hipóteses de ascite neoplásica, infeciosa (não se excluindo tuberculose) ou inflamatória. Realizou ecografia pélvica endovaginal com hidrossalpinge à direita; paracentese diagnóstica: líquido ascítico compatível com exsudado, ADA 60UI/L, com exame citológico (inflamação inespecífica) e bacteriológico e colhidas hemoculturas (pesquisa de micobactérias); imunologia negativa e CA 125 236UI/mL, sem evidência de outra serosite. Foi submetida a laparoscopia exploradora onde se constatou ascite hemática, espessamento franco do grande epíploon e processo inflamatório pélvico de predomínio retrouterino, interpretado em contexto de doença inflamatória pélvica (DIP), pelo que foi iniciada antibioterapia empírica (cefoxitina 2g 1toma, doxiciclina 100mg 12/12h e metronidazol 500mg 8/8h) com melhoria clínica. As culturas foram negativas, as biópsias intraoperatórias revelaram peritonite fibrinogranulocitária e salpingite crónica e a ecografia ginecológica após 2 meses mostrou regressão total da ascite. A DIP tem uma prevalência elevada, mas dado o curso indolente é subdiagnosticada, associando-se infertilidade e gravidez ectópica. No presente caso destaca-se a sintomatologia inespecífica e ascite volumosa com diagnóstico diferencial complexo.

PO-02-33

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA COM INFECÇÕES POR AGENTES MULTIRRESISTENTES

Pedro Neves Tavares, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Rita Rocha, Sonia Chan, Filipa Cabral Amado, Dolores Gomes, Alcina Ponte, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Os quadros infeciosos por agentes multirresistentes são um diagnóstico muito frequente a nível hospitalar. Estão associados a elevadas taxas de morbi-mortalidade e elevados custos para o SNS. Torna-se desta forma imperativo a melhor caracterização destes doentes e a identificação dos factores de risco mais frequentemente envolvidos. Com este intuito os autores realizaram um estudo observacional retrospectivo dos casos de infecções por agentes multirresistentes que ocorreram nas enfermarias de medicina interna durante um período de 18 meses através da consulta de processo clínico informático. Foram identificadas 197 casos de infecção por bactérias multirresistentes em 136 indivíduos – 60.9% do género masculino (media de idades de 76.08 anos) e 39.1% do género feminino (média de idades de 83.50 anos). Os factores de risco mais frequentemente observados são a proveniência de lar ou outra instituição de saúde (56.4%), a antibioterapia nos 90 dias prévios ao internamento (45.8%) e o internamento há menos de 1 mês (34.6%). Os diagnósticos mais frequentes foram a infecção do tracto urinário (34.6%) e Pneumonia nosocomial (32.4%). Observou-se uma taxa de mortalidade associada a estes internamentos de 39.7% Os autores consideram importante conhecer as características da população em maior risco para infecções por agentes multirresistentes, de forma a ser possível a identificação precoce dos doentes mais predispostos e permitindo assim uma intervenção mais precoce a nível de orientação e tratamento.

PO-02-34

PNEUMONIA POR LEGIONELLA – APRESENTA-ÇÃO ATÍPICA

Márcia Mendonça Souto, Inês Soares, Marta Gomes, Fernanda Linhares
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO – UNIDADE DE CHAVES

A Legionella é um dos principais agentes patogénicos responsáveis por 6 a 14% de pneumonia adquirida na comunidade em doentes internados. Embora não haja manifestações clínicas patognomónicas, existem alguns sintomas mais específicos desta infeção nomeadamente gastro-intestinais e neurológicos, além da sintomatologia clássica associada às pneumonias, tosse, febre elevada, calafrios, mialgia e dor pleurítica. Apresentamos o caso clínico de um homem de 30 anos, camionista, admitido no Serviço de Urgência por tosse seca, toracalgia intensa e incapacitante, mal estar geral e febrícula, com 15 dias de evolução. Negava dispneia ou outra sintomatologia. Sem antecedentes de relevo, exceto tabagismo de 10UMA. Ao exame físico evidente diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do pulmão esquerdo, hepatomegalia e sem febre. Nos exames complementares salientava-se PCR 46,73mg/dL, discreta neutrofilia, sem citólise ou colestase hepática, gasometria com insuficiência respiratória tipo 1 com normolactacidémia e radiografia de tórax com hipotransparência nos 2/3 inferiores do pulmão esquerdo. Antigénio urinário para Legionella pneumophila 1 positivo. TC torácica com extenso infiltrado pulmonar esquerdo. Realizou tratamento dirigido com Azitromicina 500mg EV 10dias, com evolução clínica favorável apesar de não haver evidente melhoria da imagem radiológica, confirmada por TC torácica. O paciente manteve vigilância apertada

pós alta e por apresentar ainda infiltrado pulmonar persistente após 3 meses realizou broncofibroscopia sem alterações estruturais, com lavado brônquico sem alterações e com mico/microbiológicos negativos. Foi feita notificação à Direção Geral de Saúde. Além da sintomatologia e evolução atípica da pneumonia salienta-se a importância da pesquisa do Antigénio urinário que nos permite fazer um diagnóstico célere e instituição dirigida da antibioterapia.

PO-02-35

PORQUE A CLÍNICA AINDA MANDA

Cristiana Gonçalves, Vera Silveira, Vasco Evangelista, Susana Franco, Maria João Serpa, Teresa Padrão, João Pinto, Andreia Sofia Carlos, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

A Tuberculose Pleural corresponde a 5% dos casos de infecção por Mycobacterium tuberculosis, sendo a segunda forma de Tuberculose Extra-Pulmonar mais frequente depois do envolvimento linfático. Mulher de raça negra, 37 anos, residente em Angola, hipertensa, com internamento recente em Clínica Particular por Pneumonia com derrame metapneumónico, medicada com Ceftriaxone. Por persistência de febre, tosse não produtiva e toracalgia pleurítica no hemitórax esquerdo, associado a perda ponderal é novamente internada para estudo. No exame físico destacava-se febre (38.5ºC) e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda, não se palpando adenomegálias nos trajectos de eleição. A Radiografia e a Tomografia do tórax mostraram evidência de derrame pleural loculado na base do hemitórax à esquerda para além de adenopatias mediastínicas; exame bioquímico do líquido pleural compatível com exsudado (proteinas 6.5g/dL, LDH 397UI/L, predomínio de mononucleares); exames culturais negativos; Adenosina Desaminase (ADA) positiva (149UI/L); exame bacteriológico e directo do liquido pleural negativos para Micobactérias, assim como a pesquisa de DNA. Perante febre, derrame pleural e ADA positivo iniciou-se terapêutica antibacilar empiricamente, assistindo-se a melhoria clínica e analítica progressiva. A biópsia pleural veio confirmar o diagnóstico. A etiologia do derrame pleural está relacionada com uma resposta de hipersensibilidade aos antigénios micobacterianos, pelo que o exame bacteriologico é muitas vezes negativo e limitado pelo tempo de crescimento bacteriano, tornando o diagnóstico problemático (exame cultural positivo/presença de granulomas na biópsia pleural). Desta forma, o ADA > 40U/L tem um valor preditivo positivo relevante em áreas de elevada prevalência e, em conjunto com a clínica, pode determinar o início da terapêutica. No entanto, não informa sobre sensibilidade antibiótica pelo que se mantém a insistência nos exames bacteriológicos.

PO-02-36

SALMONELOSE NÃO TIFÓIDE: UM CASO DRAMÁTICO

Vasco Evangelista, Raquel Nazareth, Carlos Meneses de Oliveira, Raquel Almeida, António Martins Baptista, António Messias, José Pimenta da Graça
DEPARTAMENTO DE MEDICINA, SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

O género Salmonella compreende bacilos Gram-negativos responsáveis por um largo espectro de infecções nos humanos, incluindo gastroenterite aguda, febre tifóide e bacteriémia. Os autores descrevem um caso de um homem de 57 anos admitido no Serviço de Urgência com quadro de vómitos e diarreia aquosa profusa, com cerca de 24 horas de evolução. Da anamnese salientava-se história de acidente vascular cerebral isquémico do território vertebro-basilar, hipertensão arterial e dislipidémia. Ao exame objectivo encontrámos sinais de desidratação e hipoperfusão periférica, pressão arterial não mensurável, com taquicardia associada e febre (T 38.5ºC). O abdómen tinha peristaltismo aumentado, mas sem ruídos de luta. Não existia reacção peritoneal ou defesa abdominal. Analiticamente apresentava elevação da PCR (22.88mg/dL), lesão renal aguda (Ureia 86mg/dL, Creat 4.24mg/dL) com rabdomiólise (CK 6.921UI/L) e acidémia metabólica com hiperlactacidémia e hipoxémia na gasimetria. Admitindo-se choque séptico com origem em infecção intra-abdominal foi iniciada ressuscitação volémica e antibioterapia empírica com ciprofloxacina após colheita de amostras de sangue e fezes para exames culturais. Assistiu-se a rápida deterioração clínica, com necessidade de entubação orotraqueal, suporte vasopressor e dialítico, sendo admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. As hemoculturas e coproculturas isolaram Salmonella não typhi, cuja caracterização serológica revelou tratar-se de Salmonella enteritidis. Perante diagnóstico de salmonelose não tifóide com disfunção multiorgânica, ajustou-se antibioterapia para piperacilina-tazobactam durante 14 dias, com evolução posterior favorável. Este caso ilustra uma doença invasiva grave, com disseminação hematogénica e choque séptico num homem imunocompetente, causada por um agente patogénico que habitualmente apresenta manifestações gastrointestinais autolimitadas. De acordo com a literatura, apenas cerca de 5% destes casos são complicados de bacteriémia.

PO-02-37

RICKETSIOSE COM QUADRO DE CHOQUE E DISFUNÇÃO MULTI-ORGÂNICA

Inês Henriques Ferreira, Rita Dias, Raquel Faria
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

Os autores apresentam o caso de um homem de 53 anos, sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes, trabalhador agrícola, que descreve desenvolvimento de lesão de picada na face interna da coxa e nos dias subsequentes febre, shivering, astenia, mialgias e cefaleia holocraniana. Recorre cerca de 5 dias depois por agravamento do quadro clínico, com miopatia inflamatória incapacitante e aparecimento de exantema petequial extenso. Documenta-se: choque séptico (necessidade suporte vasopressor durante 48h), lesão renal aguda (estadio 2 da Acute Kiney Injury Network), insuficiência respiratória hipoxémica, anemia aguda estado inflamatório, trombocitopenia grave (47.000), disfunção hepatocelular com citocolestase e prolongamento tempo de tromboplastina parcial activado. Do estudo efectuado: hepatomegalia homogénea (185mm), raio X tórax com reforço intersticial difuso e derrame pleural bilateral pequeno volume, IgM aumentada (604mg/dL) e marcada elevação parâmetros inflamatórios (ferritina 2156ng/mL). Assumido como diagnóstico de probabilidade Ricketsiose com envolvimento multi-orgânico – posteriormente confirmado por estudo serológico (Ricketsia conorii). Foi instituído tratamento empirico com doxiciclina – excluídos outros agentes e etiologias com estudo microbiológico e auto-imune – tendo o doente apresentado resposta favorável rápida e sustentada com resolução de todas as disfunções ao longo de uma semana. Manteve, no entanto, miopatia com necessidade de reabilitação durante 3 meses para retomar a sua actividade laboral. Apesar de se tratar de uma zoonose comum em Portugal, o atraso diagnóstico e de instituição de terapêutica adequada, pode trazer casos graves e ameaçadores de vida com disfunção multiorgânica.

PO-02-38

ESPIROQUETAS!

Joana Sant´Anna, Francisco Rebocho, Nelson Cardoso, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPIRITO SANTO, ÉVORA

Introdução: Leptospirose é uma zoonose prevalente a nível mundial, podendo apresentar desfecho fatal. Transmitida por vários animais: mamíferos domésticos, gado e cavalos, sendo os roedores os principais culpados pelo contágio. Sabe-se que estes podem podem ser infectados na infância e espalhar o microorganismo na sua urina contaminando o ambiente. É de declaração obrigatória. Caso clinico: Mulher 43 anos, leucodérmica, recorre ao SU por febre, mialgias/artralgias com 4 dias de evolução. Antecedentes pessoais não valorizáveis. A salientar à observação: subfebril (37.5º) com hepatomegália, sem outras alterações ao exame físico. Analíticamente com anemia, Hb de 10 g/dL, normocítica e normocrómica, trombocitopénia 49.000 µL, leucócitos normais, com neutrofilia 82% e PCR 33mg/dL. AST 39 U/L, ALT 101 U/L, GGT 156 U/L. Radiografia de tórax com cardiomegália e apagamento do seio costofrénico à esquerda. ECG com taquicárdia sinusal e extrassístoles ventriculares frequentes. No esfregaço de sangue periférico observaram-se formas bacterianas compatíveis com espiroquetas. Ficou na Sala de Observação durante 2 dias por suspeita de sépsis a Leptospira. Durante o internamento, observou-se uma evolução favorável. Cumpriu 7 dias de antibioterapia com Penicilina benzatínica 24 MU/d, com boa resposta clinica e laboratorial. Analiticamente, serologia para Borrelia Burgdorferi negativa; VDRL no soro negativo. Hemoculturas negativas; Antigenúria e serologia de Leptospira vieram a revelar se negativas. Teve alta

para a consulta de Medicina Interna, medicada com doxiciclina 100 mg de 12/12h. Conclusão: Apesar de ter serologia negativa, admitiu-se o diagnóstico de Leptospirose uma vez que foram identificadas espiroquetas no esfregaço de sangue periférico, tendo em conta a apresentação clinica e a boa resposta à antibioterapia, bem como uma epidemiologia bastante favorável, com descrição de infestação por roedores na zona residencial.

PO-02-39

GUILLAIN BARRÉ & HIV: UMA COMBINAÇÃO POUCO FREQUENTE

Joana Sant´Anna, Francisco Rebocho, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPIRITO SANTO, ÉVORA

Introdução: as polineuropatías imuno-mediadas são classificadas sob o epónimo de Sindrome de Guillain Barré (SGB). Clássicamente apresenta-se como uma paresia simétrica, que se manifesta após quadro infeccioso. A forma desmielinizante é a mais conhecida, mas existem também formas axonais. Caso clinico: Homem 43 anos, antecedentes de Hepatite C, fumador e ex-toxicodependente. Sem medicação em ambulatório. No seu estado de saúde habitual até cerca de 2 meses antes do internamento, altura em que descreve um quadro gripal, autolimitado, sem náusea, vómitos ou outra sintomatologia associada. Cerca de um mês e meio antes do internamento inicia dor na região gemelar bilateral, diminuição progressiva da força muscular nos membros inferiores em sentido ascendente, impossibilidade para marcha com parestesias nos 4 membros e na face. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios. AntiVIH 1 positivo, com LTCD4+ de 618 céls/UL (18%), carga viral HIV 120.226 cópias/mL, e carga viral de HCV <15 UI/mL. TAC CE: sem lesões agudas. Por suspeita de SGB, foi realizada punção lombar que mostrava dissociação albumino-citológica, com hiperproteinorraquia (214 mg/dL), sem predomínio celular, com glicorraquia normal. Electromiografia compatível com polineuropatía aguda inflamatória desmielinizante. Fez terapêutica com imunoglobulina humana (5 dias), com melhoria do quadro, mantendo apenas alguma hiperalgesia nas plantas dos pés à data de alta. Ficou orientado para a consulta de doenças virais e reabilitação. Conclusão: Sabe-se que a seroconversão na infecção retroviral está muitas vezes associada a um síndrome mononucleósido, com febre, adenomegálias, odinofagia, mialgias/artralgias. No entanto estão descritos alguns casos com afectação do sistema nervoso periférico, nomeadamente com SGB. Apresenta-se este caso clinico pela sua raridade, aproveitando para relembrar a necessidade de rastreio de infecção retroviral, podendo muitas vezes passar despercebida nestes doentes.

PO-02-40

MENINGOENCEFALITE ASSÉTICA EM DOENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Joana Martins, Duarte Soares, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) caracteriza-se por diminuição da imunidade celular, sendo frequentes as infeções oportunistas com o avançar da doença. A meningoencefalite assética é uma complicação frequente da infeção por VIH, devendo-se à infeção em si e não a uma sobreposição infeciosa oportunista. Caso Clínico: Mulher, 65 anos, autónoma, antecedentes de infeção por VIH tipo 1 estadio A2 diagnosticado em 2013, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de desequilíbrio da marcha para a esquerda com um mês de evolução, períodos de desorientação, astenia, febre e cefaleias occipitais. Havia suspendido por iniciativa própria a medicação habitual um mês antes da admissão. Ao exame neurológico apresentava-se lentificada e desorientada no tempo, com rigidez da nuca e tremor generalizado. A TAC cerebral não tinha alterações de relevo. Foi realizada punção lombar que evidenciou pleocitose, proteinorráquia e glicose normal. Iniciou empiricamente ceftriaxone, ampicilina e sulfametoxazol/trimetoprim. Não se verificou isolamento bacteriológico, fúngico, bacilar ou virológico. Realizou ressonância magnética cerebral que revelou múltiplos pequenos focos de hipersinal T2/FLAIR dispersos pela substância branca dos hemisférios cerebrais, subcorticais e profundos/periventriculares compatíveis com meningoencefalite a VIH. Apresentou melhoria progressiva com a reintrodução da terapêutica anti-retrovírica, tendo tido alta ao vigésimo nono dia de internamento. Comentário: O diagnóstico de meningoencefalite a VIH é um diagnóstico de exclusão, quando não se consegue isolar agente etiológico. É, contudo, importante despistar outras causas e implementar terapêutica adequada.

PO-02-41

HEPATITE A AGUDA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Martins, Duarte Soares, Romeu Pires, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A incidência da infeção por vírus da hepatite A (VHA) tem vindo a diminuir em Portugal, acompanhando a melhoria progressiva das condições de higiene e saneamento, uma vez que se trata de um agente transmitido por via fecal-oral. A infeção cursa com inflamação hepática, que pode ser assintomática e/ou traduzir-se analiticamente em citólise, podendo evoluir para insuficiência hepática aguda e necessidade de transplante. Caso Clínico: Homem, 18 anos, raça negra, cabo-verdiano, autónomo, a residir em Portugal desde Setembro de 2015. Sem outras viagens ou antecedentes de relevo. Iniciou em 19/10 quadro de náuseas e vómitos associado a dor abdominal difusa, acolia e colúria de instalação progressivas. Em 21/10 recorreu ao serviço de urgência por icterícia das mucosas e escleróticas. Objetivamente de salientar icterícia, sem sinais de encefalopatia ou outras alterações de relevo. Analiticamente com leucocitose, coagulopatia, citólise hepática (100 vezes limite superior normal (xLSN)), hiperbilirrubinémia (20xLSN) e elevação da desidrogenase láctica (9xLSN). Assumido diagnóstico de hepatite aguda. Do estudo etiológico destacou-se infeção aguda por VHA. Iniciou tratamento de suporte e foi transferido para uma unidade de nível superior para continuação de cuidados, objetivando-se evolução clínica e analítica progressivamente favoráveis, sem necessidade de intervenção adicional. Foi re-transferido, mantendo boa evolução. Teve alta ao décimo terceiro dia de internamento hospitalar orientado para a consulta de Hepatologia. Comentário: Perante condições clínicas graves e potencialmente fatais, como no caso acima descrito, o contexto epidemiológico como parte integrante de uma história clínica detalhada, pode ser decisivo para o diagnóstico.

PO-02-42

ENDOCARDITE DE ELETROCATÉTER A STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS

Rita Costa, João Ribeirinho Soares, Betânia Ferreira, Fátima Farinha, João Araújo Correia
UNIDADE B, SERVIÇO DE MEDICINA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

A endocardite infeciosa associada a dispositivos cardíacos implantáveis (EIDCI) é uma patologia de incidência crescente, com um diagnóstico e abordagem complexos. Os autores descrevem o caso de um homem de 75 anos, com cardiopatia isquémica e hipertensiva e pacemaker por bloqueio auriculoventricular completo, admitido por insuficiência cardíaca descompensada (ICD). Apresentava ainda anemia ferropénica em estudo (colonoscopias prévias sem visualização adequada de todos os segmentos do cólon). À admissão, encontrava-se febril e com sinais de estase pulmonar bilateral. Analiticamente, a salientar: elevação dos parâmetros inflamatórios e bacteriémia a Streptococcus gallolyticus (SG). Ecocardiograma transtorácico e transesofágico a permitir visualização de vegetação com 8 mm, aderente à porção auricular do eletrocatéter de pacemaker. Perante a conhecida associação entre bacteriémia/endocardite a SG e a existência de tumores colorectais, decidida repetição de colonoscopia, que documentou um adenocarcinoma ulcerado do cólon transverso. TC de estadiamento com adenopatias peri-neoformação e lesões hepáticas sugestivas de etiologia secundária. Portanto, ICD por EIDCI a SG em doente com neoplasia do cólon com metastização hepática. Cumpriu 4 semanas de ceftriaxone com boa evolução clínica e analítica, passando depois a profilaxia antibiótica por decisão de não extração do pacemaker (elevado risco cirúrgico). Baixa reserva fisiológica e deterioração progressiva do estado geral motivaram decisão de tratamento sintomático exclusivo, sendo que o doente veio

a falecer 5 meses depois por evolução terminal da neoplasia. A EIDC constitui um desafio clínico cada vez mais comum. Existem poucas recomendações para o seu tratamento, sendo que nem sempre são aplicáveis às situações clínicas "reais". Os autores salientam também a inexistência de casos descritos na literatura de EIDC provocada por SG.

PO-02-43

TUBERCULOSE INTESTINAL – UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Bruno Ferreira, Gilda Nunes, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ao longo dos anos, a incidência de tuberculose em Portugal tem vindo a diminuir (20 casos/100 000 habitantes), sendo as manifestações extrapulmonares cada vez mais raras. A tuberculose intestinal manifesta-se com úlceras da mucosa ou estenose; o diagnóstico é confirmado pela presença de micobactérias nas biópsias. No entanto, quando a suspeita clínica é elevada, a prova terapêutica pode confirmar o diagnóstico. Os autores reportam o caso clínico dum doente de 57 anos, indingente, com história de etilismo crónico, admitido por demência associada ao álcool, com necessidade de apoio social. Não apresentava queixas, nomeadamente dispneia, tosse, febre ou alterações do trânsito intestinal. Objetivamente com abolição do murmúrio vesicular na base direita, assim como distensão abdominal. Foi internado para investigação etiológica de derrame pleural direito. Analiticamente destacava-se anemia e elevação da proteína C reativa (teste de libertação de interferão gama negativo). A tomografia computorizada (TC) de tórax confirmou a presença de derrame e destacou a existência de um padrão micronodular dos campos pulmonares superiores. Realizou duas toracocenteses e duas broncofibroscopias com bacteriologia e pesquisas de bacilos álcool-ácido resistentes negativas. A TC abdominal evidenciou espessamento parietal do cólon ascendente. As colonoscopias e as biópsias eram compatíveis com colite granulomatosa. Após longa marcha diagnóstica, num dos exames micobacteriólogicos do lavado broncoalveolar (em meio líquido) foi isolado Mycobacterium tuberculosis. Admitindo-se tuberculose pulmonar e intestinal iniciou terapêutica antibacilar; e após 4 meses de terapêutica repetiu TC tórax e abdominal verificando-se diminuição do derrame pleural e redução do espessamento intestinal (com sinais de fibrose). Este caso, para além de mostrar uma manifestação incomum, pretende relembrar a importância da clínica e epidemiologia perante a dificuldade/demora em confirmar o diagnóstico de tuberculose.

PO-02-44

STRONGYLOIDES STERCORALIS EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDA

Nadine Monteiro, Eduarda Comenda, Cláudia Jesus, Ascension López, Ana Afonso, Helena Victorino, Joana Mariz, Helena Cantante
HOSPITAL DOS LUSÍADAS - LISBOA, UNIDADE DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A estrongiloidíase é uma parasitose causada pelo nemátodo Strongyloides stercoralis. É uma infecção geralmente crónica e assintomática, comum em áreas tropicais e subtropicais. A manifestação clínica pode variar de eosinofilia assintomática em doentes imunocompetentes a doença disseminada com choque séptico em doentes imunocomprometidos. O diagnóstico depende da elevada suspeição clínica e da identificação do nemátodo em fluidos orgânicos e tecidos. Caso clínico: Mulher de 33 anos, natural e residente em Moçambique, admitida no serviço de urgência por quadro de febre, náuseas, vómitos e dor abdominal com cerca de 48 horas de evolução. Referia ainda perda ponderal não quantificada no último mês. Ao exame objectivo destacava-se doente emagrecida, desidratada, com febre e dor à palpação do hipocôndrio direito do abdómen. Os exames complementares de diagnósticos realizados revelaram: anemia (hemoglobina 10.9g/dl), hiponatrémia (Na 130mmol/L) e PCR 3,87mg/dl. A tomografia computorizada abdominal revelou vesícula biliar marcadamente distendida, sem sinais inflamatórios ou de litíase, espessamento da parede do duodeno e vários gânglios na raiz do mesentério e no território celíaco. Dos restantes exames complementares de diagnóstico destaca-se a serologia do vírus de imunodeficiência humana 1 positiva. Durante o internamento verificou-se evolução clínica desfavorável, com vómitos incoercíveis, com necessidade de alimentação parentérica. A endoscopia digestiva alta revelou candidíase esofágica, gastrite e duodenite cuja histologia revelou nemátodos compatíveis com Strongyloides. Iniciou terapêutica com albendazol com melhoria progressiva. Conclusão: A infecção por Strongyloides Stecoralis causa sintomas inespecíficos. Em doentes com imunidade comprometida pode evoluir para doença disseminada e potencialmente fatal. Os clínicos devem estar alertas para este diagnóstico em doentes provenientes de áreas endémicas.

PO-02-45

ENDOCARDITE A LACTOBACILLUS CASEI

Nadine Monteiro, Eduarda Comenda, Ascension López, Ana Afonso, Joana Mariz, Cláudia Jesus, Helena Victorino, Helena Cantante
HOSPITAL DOS LUSÍADAS - LISBOA, UNIDADE DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Os lactobacilos são bactérias Gram-positivas geralmente consideradas benéficas e seguras para a saúde. Raramente causam infecções graves como bacteriémia, endocardite ou meningites. A fonte de bacteriémia pode ser a flora normal do organismo ou a ingestão de probióticos que contêm lactobacilos. Caso clínico: Homem de 79 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e hipertrofia benigna da próstata. Recorreu à consulta externa de Medicina Interna por quadro de astenia, artralgias, febre persistente e tosse não produtiva desde há cerca de 6 semanas. Analiticamente descava-se anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina: 11,1g/dl), leucocitose ligeira (leucócitos 10 900/L), velocidade de sedimentação 86mm/h, proteína C reactiva 6,19mg/dl e hemoculturas negativas. Os exames de imagem iniciais, incluindo ecocardiograma, foram inconclusivos. Após extensa investigação durante vários meses, o ecocardiograma de reavaliação revelou endocardite da válvula mitral com prolapso grave do folheto posterior condicionando regurgitação major. Foi isolado Lactobacillus casei (L. casei) nas hemoculturas. O ecocardiograma, após 21 dias de antibioterapia dirigida, revelou insuficiência mitral grave com vegetação de características sobreponíveis ao ecocardiograma anterior, pelo que foi submetido a valvuloplastia mitral. Conclusão: As infecções por microrganismos probióticos, embora subestimadas, são raras. Este caso clínico de endocardite da válvula mitral a L. casei, em doente imunocompetente, pretende alertar os clínicos da possibilidade de doenças graves serem provocados por microrganismos improváveis.

PO-02-46

TAMPONAMENTO CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gonçalo Castelo Branco, Ana Sofia Pires, Pedro Cunha, Helena Sarmento, Jorge Cotter
MEDICINA INTERNA; HOSPITAL SENHORA OLIVEIRA GUIMARÃES

Homem de 52 anos, autónomo. Salienta-se antecedentes de Tuberculose Pulmonar. Recorreu à Urgência (SU) por clínica de 15 dias de evolução de febre, tosse com expectoração purulenta e dor no hipocôndrio direito. Analiticamente com elevação parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada toraco-abdomino-pelvica (TC-TAP) – "moderado derrame pericárdico, com captação de contraste no pericárdio; ausência de derrame pleural; imagem sugestiva de colecção heterogénea com cerca de 8x7x2.5cm entre o lobo esquerdo hepático e o diafragma. Realizou ecocardiograma que revelou "derrame pericárdico de moderado volume, com imagens hiperecogénicas sugestivas de organização, com colapso do ventrículo direito; função sistólica (FS) VE preservada". Instável hemodinamicamente, com quadro de tamponamento cardíaco, foi sujeito a pericardiocentese com saída de conteúdo purulento - compatível com piopericardite e ADA de 116. Internado por sépsis com ponto de partida em piopericardite. Medicado com antibioterapia (ATB) largo espectro, AINE e fluidoterapia. Repetiu TC-TAP às 48h – "ligeiro derrame pericárdico; sem colecções entre o lobo hepático esquerdo e o diafragma". Manteve dreno pericárdico 10 dias com drenagem de 4,25 L de conteúdo purulento. Repetiu ecocardiograma – "paredes ventriculares de espessura normal; FS biventricular (BV) preservada; folhetos do pericárdio espessados e hiperecogénicos. Fina lâmina de derrame pericárdico circunferencial, com 5mm à direita". Houve isolamento no líquido pericárdico de Pneumococos; restante rastreio séptico revelou-se negativo. Por manutenção de temperaturas subfebris e parâmetros inflamatórios em crescendo suspendeu-se ATB ao fim de 16 dias,

tendo iniciado antibacilares e prednisolona. No ecocardiograma à data de alta - "FS BV preservada; ausência de derrame pericárdio; achados indirectos de constricção pericárdio". Internamento sem intercorrências. Alta clínica com antibacilares e corticoterapia. Ecocardiograma aos 6 meses normal.

PO-02-47

A IMPORTÂNCIA DO METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO.

André Real, Rachele Escoli, Carolina Sepúlveda, Cristina Lopes, Inês Coelho, Jorge Nepomuceno, António Patricio.
CHMT - HOSPITAL DE ABRANTES, S. MEDICINA INTERNA.

Introdução: As causas de hipercalcemia classificam-se segundo os valores de PTH (suprimida ou normal / elevada), sendo que mais de 90% das causas de hipercalcemia são atribuídas ao hiperparatiroidismo primário (PTH elevada) ou malignidade (PTH suprimida), no entanto outras doenças devem ser consideradas, nomeadamente as doenças granulomatosas. Caso clínico: Mulher com 60 anos, com S. depressivo medicado com sertralina. Recorre ao médico de família por perda de peso (30 Kg em 3 meses) e lombalgias. Por alteração da função renal (creatinina 2,5 mg/dL) foi encaminhada para o S. de Nefrologia tendo permanecido internada para estudo etiológico do qual se destaca: anemia N/N com Hb de 10,5g/dL, cálcio 12,5 mg/dL, PTH < 2, GOT / GPT 100/77, GGT 105, FA 163, proteinúria > 1g/24h. Electroforese de proteínas e imunofixação sérica e urinária sem alterações. Rx tórax e TAC toraco-abdomino-pélvico sem alterações. Broncofibroscopia e LBA inespecíficas. BK nas secreções brônquicas e urina negativo. IGRA e Mantoux negativos. SACE 131 U/L. Biópsia renal a favor de nefrite intersticial granulomatosa sem caseificação. Biópsia hepática com granulomas com necrose caseosa. Apresentou como intercorrência uretero-hidronefrose á direita. Discussão: Apesar da pesquisa de BK, o IGRA e o Mantoux serem negativos, a histologia da biópsia hepática com evidência de granulomas com necrose caseosa e as complicações típicas de tuberculose no aparelho excretor (estenoses e dilatações pre-estenóticas), decidiu-se assumir tuberculose sistémica sem envolvimento pulmonar, tendo iniciado terapêutica tuberculostática tripla com franca melhoria clinica. Conclusão: Na presença de hipercalcemia (>10,5 mg/dL) devemos dosear a PTH. Se esta estiver suprimida o doseamento do calcifediol e do calcitriol permitem uma suspeita diagnóstica mais exata. Na presença de calcifediol normal e calcitriol elevado a sarcoidose, a tuberculose e os linfomas são as patologias a ter em conta.

PO-02-48

ENCEFALITE HERPÉTICA

Tânia Afonso, Jorge Poço, Ilda Matos, Elisabete Pinelo, Eugénia Madureira
UNIDADE DE AVC DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

CASO CLÍNICO A encefalite pelo Vírus Herpes Simples (VHS) é a principal causa de encefalite esporádica fatal. É uma doença neurológica rara que apesar da existência de terapêutica antivírica específica se associa a elevada morbimortalidade. Descreve-se o caso de um homem de 79 anos, hipertenso e dislipidémico, internado no serviço de psiquiatria por alterações de comportamento com cerca de quatro dias de evolução. A família descrevia desinibição, agressividade, anorexia/recusa alimentar, insónia e discurso delirante. Sem menção de febre, cefaleias, convulsões ou quaisquer outros sinais ou sintomas acompanhantes. Por progressiva lentificação psicomotora e depressão do estado de consciência realizou TC CE que revelou hipodensidade com discreta hemorragia recente petequial intralesional, em topografia fronto-insulotemporal direita e temporal interna homolateral, com efeito de massa locorregional. Face aos achados foi assumido evento vascular e o doente foi transferido para a Unidade de AVC. Tendo em conta a clínica neuropsiquiátrica subaguda e a topografia da lesão, questionou-se o diagnóstico. Realizou punção lombar que revelou pleocitose linfocítica e proteinorráquia, com pesquisa de VHS por PCR no líquor positiva. Na RMN CE apresentava lesão parenquimatosa com hipersinal em T2 e sem realce após contraste, envolvendo praticamente todo o lobo temporal direito mas sobretudo a sua vertente medial e insular, com pequenos focos hemorrágicos. Registava-se idêntica alteração na vertente medial e polar do lobo temporal esquerdo, sendo estes aspetos imagiológicos compatíveis com a hipótese de encefalite herpética. De salientar também a presença de atividade lenta de expressão máxima frontotemporal bilateral no eletroencefalograma. Completou 21 dias de terapêutica com aciclovir endovenoso sem, contudo, recuperação do estado pré-mórbido. O caso exposto é ilustrativo de uma psicossíndrome de causa orgânica, alertando para a dificuldade diagnóstica destas situações.

PO-02-49

VIH E LINFOMA DO PÉNIS

Juvenal Morais, Margarida Viana, Ana Varela, Domingos Sousa, Ana Isabel Rodrigues, Tania Gago, Elena Rios, José Ferreira, Paula Fonseca
HOSPITAL DE FARO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 3

Apresenta-se caso de um doente do sexo masculino, de 61 anos, raça negra, natural de Cabo Verde, VIH diagnosticado em 1999 sem seguimento. Em 2004 diagnóstico de SIDA por sarcoma de Kaposi disseminado, bem como citomegalovirus (CMV) da mucosa oral. Em 2005 recorre à consulta por neoformação peniana, com cerca de 1 cm de maior eixo, localizada no prepúcio, indolor e de consistência dura, sem adenopatias satélites (nomeadamente inguinais) ou outros sintomas acompanhantes. No exame histológico de biópsia excisional constata-se fibrose dérmica e intenso infiltrado inflamatório agudo e crónico pelo que foi circuncisado. Em 2008 constata-se recidiva da lesão na haste peniana, com características semelhantes. Realizou biópsia incisional e diagnosticou-se doença linfoproliferativa cutânea T CD30+, tendo sido totalizada a exérese cirúrgica. Em 2015 o doente é internado por crise convulsiva em contexto de privação etanólica, com fractura do membro inferior direito. Durante este internamento observa-se nova lesão peniana na glande, de características semelhantes às anteriormente descritas. Não se palpavam adenomegalias nas cadeias loco-regionais nem outras alterações relevantes ao exame objectivo. Procedeu-se a nova biópsia cuja descrição é: "fragmentos cutâneos com infiltração por uma proliferação linfóide, compatível com recidiva de linfoma não Hodgkin T". O doente foi referenciado à consulta de hemato oncologia. Apesar de aparentemente mais prevalentes nos doentes VIH, os linfomas do pénis são extremamente raros, contando com menos de meia centena de casos descritos na literatura. As formas de apresentação variam entre nódulos, placas, úlceras e áreas de edema. Dada a escassez de estudos disponíveis condicionada pela baixa prevalência, não existe terapêutica padronizada. Porém, a abordagem multidisiciplinar, com excisão conservadora do órgão associada a quimioterapia sistémica, aparenta ser a opção mais consensual, pois para além da cura permite manter a função peniana.

PO-02-50

ABCESSO EPIDURAL VERTEBRAL - UM DIAGNÓSTICO DIFICIL

Alexandra Gaspar, Ana Bravo, Cláudia Neves, Marta Gonçalves, Helena Estrada, Miguel Valente, Elisabete Margarido
CHLC-HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, SERVIÇO DE MEDICINA 2.1

O abcesso epidural vertebral(AEV) é uma infeção do espaço entre a duramáter e o periósteo vertebral.É mais frequente na região toraco-lombar e no espaço epidural posterior. Surge por via hematogénea a partir de focos à distância (infeções da pele/tecidos moles,urinárias,endocardite) por extensão direta de infeções locais(espondilodiscite,abcesso retrofaringeo ou retroperitoneal) ou por inoculação (procedimentos invasivos,traumas vertebrais). Os principais fatores de risco são:diabetes mellitus(DM),alcoolismo,infeção da pele/tecidos moles,procedimentos invasivos vertebrais,doença hepática ou renal crónica e imunodepressão. Apresenta-se o caso de um homem de 56anos com DM insulino-tratada,pancreatite crónica etanólica e úlcera crónica do pé esquerdo.Internado por DM descompensada e omalgia direita desde há 2dias,sem febre ou outras queixas e com PCR elevada. No internamento evolui sem febre com aparecimento de omalgia também à esquerda e de cervicalgia,prostração,retenção urinária e finalmente instalação súbita de tetraparésia flácida. A ressonância magnética mostrou extenso abcesso epidural anterior cervico-dorsal com extensão do componente posterior aos planos inter-espinhosos e sub-occipital com compressão e edema medular e sinais de espondilodiscite C6-C7. Submetido a laminectomia descompressiva de C1-D1 com remoção do AEV posterior. Isolamento de Staphylococcus aureus resistente à meticilina(MRSA) nas hemoculturas e no AEV. Sob vancomicina,

posteriormente alterada para linezolide e rifampicina, teve boa recuperação funcional e alta hospitalar após 67 dias de internamento. Alerta-se para o diagnóstico difícil e habitualmente tardio desta entidada rara.A suspeita deve ser colocada perante dor vertebral intensa com ou sem febre em doente de risco,sobretudo diabético e com infeção da pele/tecidos moles. A precocidade do diagnóstico e do tratamento médico-cirúrgico são determinantes para o prognóstico neurológico final que deve ser determinado ao fim de 1 ano.

PO-02-51

ESPONDILODISCITE EM MULHER JOVEM - CASO CLÍNICO

Vasco Neves, Cláudia Tatá, João Barata, Susana Escária, João Pais, Joana Santos, Ana Bernardo, Inês Ribeiro, Tiago Ramires, Nelson Cardoso, Sérgio Galo, João Reis, Fernando Fonseca, Frederico Correia, Sílvia Lourenço, Conceição Barata
SERVIÇO DE MEDICINA 2 DO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E.

Introdução: Espondilodiscite é um processo inflamatório infeccioso que acomete os discos vertebrais. É rara nos adultos e mais frequente no sexo masculino em idade superior a 50 anos. A manifestação clínica principal é a dor no segmento vertebral afectado. Os dados laboratoriais podem ser inespecificos e antibioterapia dirigida pode ser possivel só após biópsia da lesão óssea guiada por tomografia axial computorizada (TAC). Caso clínico: mulher de 31 anos, trabalhadora em turismo rural, que inicia quadro clínico com 8 meses de evolução de dor lombar, com irradiação para o membro inferior direito(MID) desencadeada por esforço e que aliviava em decúbito dorsal. Um mês depois refere agravamento da dor, impossibilitando a marcha. A doente referia emagrecimento não quantificado, astenia e anorexia. Em consulta de Ortopedia, realiza TAC lombossagrada, que revela lesões osteolíticas das vértebras lombares (L) 2 e L3, com componente de partes moles ao nível do psoas direito, sugerindo espondilodiscite. A ressonância magnética confirmou os dados da TAC. Antes de iniciar antibioterapia, a doente foi submetida a biopsia da lesão guiada por TAC, identificando-se no exame cultural Stafilococcos aureus sensível a meticilina e pesquisa de bacilo Koch directo e cultural negativos. Restante estudo, nomeadamente hemoculturas, serologias para brucela, e vírus de imunodeficiência humana negativa, telerradiograma tórax e ecocardiograma sem resultados. Cumpriu 6 semanas de flucloxacilina endovenosa, com boa evolução clínica e imagiológica. Conclusão: a inespecificidade das queixas e a clínica de espondilodiscite fizeram com que o diagnóstico tivesse ocorrido numa fase avançada da doença. Não se conseguiu detectar o mecanismo da infeção, tratando-se de uma doente imunocompetente e jovem, sem co-morbilidades. A biópsia da lesão guiada por TAC permitiu antibioterapia adequada.

PO-02-52

MIELITE TRANSVERSA POR VÍRUS VARICELA ZOSTER: A PRÓPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Monteiro, Frederico Duarte, Carlota Cunha, Tiago Fernandes, Maria João Gonçalves, Ricardo Correia de Abreu, Filipe Correia, Cristina Rodrigues, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

As infecções causadas por vírus Varicela Zoster (VVZ) associam-se a um vasto leque sinais e sintomas. Raros relatos de casos clínicos as associam a mielite transversa, um processo inflamatório da medula caracterizado por disfunção motora, sensorial e autonómica. Relatamos o caso de uma mulher de 59 anos diagnosticada com Zona após aparecimento de lesões vesiculares dolorosas em 4 dermatómos torácicos esquerdos e medicada aciclovir oral (800mg/5x/dia 7 dias). Uma semana depois iniciou de forma insidiosa alteração da sensibilidade no hemicorpo esquerdo abaixo da linha mamilar e dificuldade na marcha de agravamento progressivo. Ao exame neurológico constatada hipoestesia térmico-álgica com nível sensitivo em D2 à esquerda e D12 à direita, paraparésia de predomínio esquerdo e parésia do MSE grau 4 associada a hiperreflexia e reflexo cutâneo plantar em extensão esquerdo. RM medular mostrou hipersinal em T2 lateralizado à esquerda de C7-D2 com focos na superfície medular posterior C2-C3, C5-C6, sem captação de contraste ou sem restrição à difusão. Líquor cefalorraquidiano sem características inflamatórias. PCR de VVZ no liquor negativa que se explica pela sua baixa sensibilidade, ciclo prévio de aciclovir e mecanismos de lesão imunológica pós-infecção. Serologia positiva para IgG contra VVZ. A pesquisa de bandas oligoclonais e IgG contra aquaporinas no liquor foi negativa. Iniciou aciclovir (10mg/kg 3x/dia 14 dias) e metilprednisolona (1g/dia 5 dias) tendo resolução dos défices ao fim três semanas. O diagnóstico de mielite transversa por VVZ foi baseado na estreita relação temporal entre o aparecimento de lesões de zona e o início dos sintomas neurológicos e exclusão de outras causas. Não foi documentada outra infecção activa ou doença autoimune. Os autores pretendem salientar a importância de se considerar a hipótese de mielite a VVZ, mesmo no doente imunocompetente, sob pena de, na ausência de tratamento correcto emergente, advirem sequelas neurológicas permanentes.

PO-02-53

LINFOGRANULOMA VENÉREO - UM CASO CLÍNICO

Susana Franco, Maria João Serpa, João Moreira Pinto, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Paula Peixinho, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objetivo A infeção por Chlamydia trachomatis, sexualmente transmissível, é rara nos países desenvolvidos. Na fase inicial, surge úlcera ou pápula genital pequena e indolor, dificilmente identificada, que dura 3 a 5 dias. Após 2 a 6 semanas, surgem adenopatias inguinais e/ou femorais dolorosas, podendo ser diagnosticada apenas neste estadio. O nosso objetivo é mostrar uma apresentação clínica tardia, e não totalmente reversível, de infeção por este microrganismo. Métodos Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 40 anos, com esclerose múltipla não medicada, sem hábitos toxifílicos, que recorreu ao Serviço de Urgência por aparecimento de massa inguinal direita dura, fixa e dolorosa, 4 meses antes, de aumento progressivo, com edema do membro inferior homolateral. Sem outra sintomatologia. Após realização de vários exames complementares de diagnóstico, analíticos, imagiológicos e anatomo-patológicos, diagnosticou-se infeção crónica a C. trachomatis. Resultados A ecografia inguinal documentou adenopatias necróticas, cuja biópsia revelou linfadenite abcedada de etiologia não determinável, com exame bacteriológico e micobacteriológico negativos. Ponderando-se doença linfoproliferativa, realizou-se TC de corpo, sem adenopatias noutras localizações e sem outras alterações. Do estudo analítico realizado, salienta-se ausência de citopénias, ácido úrico, LDH e β2-microglobulina normais, ANA positivo com restante estudo autoimune negativo e serologias de VIH e VDRL negativas. Considerando a possibilidade de linfogranuloma venéreo, iniciou-se terapêutica com azitromicina 1g/semana durante 3 semanas, após colheita de sangue para doseamento de IgM, IgG e IgA contra C. trachomatis, com IgG positiva, confirmando infeção prévia. Houve redução significativa, porém não resolução, das adenopatias e do edema. Conclusão Este caso ilustra uma apresentação tardia de infeção por C. trachomatis. Apesar de rara nos países desenvolvidos, não nos devemos esquecer desta entidade nosológica.

PO-02-54

QUANDO A CLÍNICA FAZ O DIAGNÓSTICO FINAL DE UMA SÍNDROME FEBRIL

Felipe Gamboa, André Goulart, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPIRÍTO DA ILHA TERCEIRA.

Na síndrome febril a maioria das causas são infecciosas, reumatológicas ou oncológicas. O Vírus Epstein-Barr (EVB) e o Citomegalovirus (CMV) fazem parte das causas infecciosas e são concorrentes importantes no diagnóstico diferencial da etiologia da síndrome febril intermédio ou prolongado. Apresentamos o caso de um homem de 24 anos obeso, com história de faringoamigdalite há um mês, medicado com Cefixima e Ibuprofeno, agora com quadro clínico de 15 dia de evolução, com febre de 39-40 °C, de predomínio vespertino. Ao exame objetivo febril com 39.6 °C, Frequência Cardíaca 99 latidos por minuto, sem adenopatias palpáveis. Analiticamente: sem leucocitose com inversão da fórmula leucocitária, linfocitose e trombocitopenia leve. Esfregaço Sanguíneo: com linfocitose moderada e linfocitos estimulados. PCR baixa. Urina tipo II: só com vestígios de proteínas. Radiografia de tórax: normal. Hemoculturas negativas. Serologias: Imunoglobulina G (IgG) e Imunoglobulina M (IgM) de EVB e CMV positivas, com confirmação para ambas com teste molecular de reação em cadeia da polimerase (PCR) positivo. Ecografia abdominal: com hepatoesplenomegalia discreta. COMENTÁRIO: perante a hepatoesplenomegalia e a confirmação

mediante PCR para EBV e CMV admite-se Síndrome da Mononucleose Infecciosa; A ausência de adenopatias periféricas proeminentes faz o quadro mais sugestivo de etiologia por CMV, até porque a infeção com CMV pode induzir a produção de IgM do EVB.

PO-02-55

AINDA MAL DE MUITA GENTE (MAL DE POTT)

Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Maria João Serpa, Susana Franco, Teresa Padrão, João Pinto, Andreia Sofia Carlos, Sofia Mateus, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

A Tuberculose Óssea corresponde a 10-35% dos casos de tuberculose extra-pulmonar. A Doença de Pott é a forma óssea mais comum, sendo a prevalência superior em imigrantes de regiões endémicas. Mulher de 25 anos, natural do Bangladesh, internada para estudo de lombalgia esquerda com irradiação para a face interna da coxa com agravamento em 18 meses, febre, sudorese nocturna, astenia e perda ponderal de 20kg. Exame físico: febril (38ºC), abdómen doloroso no flanco e fossa ilíaca esquerda, escoliose e dor à palpação vertebral na transição toraco-lombar e perivertebral esquerda. Fez Tomografia Computorizada (TC):alterações estruturais em D12 e componente tecidular peri-vertebral em L1-L2 com colecção do psoas até à região ilíaca esquerda; Ressonancia Magnética com aspectos de espondilodiscite em D11-12 e abcesso envolvendo o psoas até à região pélvica inferior esquerda; biópsia guiada por TC com drenagem do abcesso do psoas (300cc); exame directo para micobactérias e Gram negativos; hemoculturas negativas incluindo micobactérias; serologias para Brucella, Coxiella, VIH, Vírus Hepatite B e C negativos; TC tórax sem alterações. Perante o quadro de Espondilodiscite, e embora a etiologia tuberculosa fosse a mais provável, iniciou empiricamente Ceftriaxone, que cumpriu durante 20 dias até pesquisa de DNA de Mycobacterium tuberculosis positiva, altura em que foi referenciada para terapêutica anti-bacilar. Aos 45 dias resultado de cultura de pús também positivo para o mesmo agente. Evolução clínica com melhoria clínica e funcional, apirexia e negativação de parametros inflamatórios. Reavaliação por TC com agravamento da destruição óssea da coluna lombo-sagrada e indicação para estabilização cirúrgica da coluna que aguarda. O maior desafio na Tuberculose Óssea é considerar esta hipótese diagnóstica na ausência de doença pulmonar (50%). O atraso no diagnóstico é comum dado a história natural indolente e a demora no resultado definitivo dos exames culturais e pesquisa de DNA.

PO-02-56

BRUCELOSE

Sónia Chan, Pedro Tavares, Hélia Mateus, Luís Carvalho, Miguel Pires, Ana Rita Rocha, Dolores Gomes, Renato Saraiva.
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1.

A brucelose é uma zoonose de declaração obrigatória em Portugal, apresentando uma incidência de 5,08 casos por 100 000 habitantes anualmente. Conhecida como uma doença ocupacional para agricultores, veterinários, trabalhadores dos centros de abate e técnicos de laboratório. Os autores descrevem o caso de um homem de 50 anos, com antecedentes pessoais de doença de Crohn, hipertensão e litíase renal, que recorre ao Serviço de Urgência por mal estar geral, febre, astenia, palpitações, desconforto abdominal, diarreia e lombalgia com vários dias de evolução. Do contexto epidemiológico destaca-se o consumo de queijo não pasteurizado de produção caseira e a possibilidade de contacto com ratos. Objectivamente destaca-se taquicardia de 110bpm e temperatura 37.5ºC, sem outras alterações relevantes. Analiticamente não apresentava alterações no hemograma, da análise bioquímica destaca-se PCR de 67mg/mL, apresentou positividade nas reacções rosa de Bengala e reacção de Wright com título de 1/320. Na suspeita de brucelose com atingimento osteoarticular realizou TAC lombar e cintigrafia óssea que apresentaram alterações compatíveis com patologia osteoarticular degenerativa. Admitindo brucelose aguda cumpriu antibioterapia com gentamicina e doxiciclina, apresentando melhoria clínica e analítica progressiva. Pretende-se com este caso relembrar que cerca de 25% dos casos a transmissão da brucela é de forma indirecta, através de soluções de continuidade cutâneas, contacto com secreções, aerossóis contaminados, inoculação no saco conjuntival ou ingestão de produtos não pasteurizados.

PO-02-57

UM CASO DE ERISIPELA

Ana Filipe Monteiro, Margarida Rato, João Aranha
HOSPITAL DE SANTARÉM EPE - SERVIÇO DE DERMATOVENEREOLOGIA

A erisipela é uma infeção cutânea aguda não necrosante de etiologia bacteriana maioritariamente por Streptococcus pyogenes (estreptococo β-hemolítico do grupo A). Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 58 anos com antecedentes de neoplasia da mama direita diagnosticada em 2013 e submetida a tumorectomia e radioterapia local, que em novembro de 2015 recorreu ao serviço de urgência por dermatose na mama direita com 24 horas de evolução acompanhada de febre e calafrios. Ao exame objetivo apresentava placa eritematosa com bordos bem definidos, edema, calor e rubor na região mamária direita. Não se observava pústulas, vesículas, bolhas, áreas ulceradas ou de necrose. A palpação revelou-se dolorosa, sem adenopatias axilares palpáveis. O estudo analítico revelou elevação dos parâmetros inflamatórios. A doente ficou internada e cumpriu 10 dias de cefazolina e clindamicina endovenosa. Durante o internamento observou-se resolução completa do quadro clínico, assim como normalização dos parâmetros inflamatórios. De uma forma clássica, a erisipela tinha uma predileção facial, mas atualmente mais de 80 % dos casos localizam-se nos membros inferiores, e apenas 5% em outras áreas anatómicas. Este caso, além de revelar uma localização atípica desta infeção, salienta ainda a importância do diagnóstico diferencial de erisipela com carcinoma erisipelóide, que constitui uma forma rara de metástase cutânea associada frequentemente ao cancro da mama. A importância do diagnóstico diferencial entre doenças infeciosas e metástase cutânea em portadores de neoplasia mamária é essencial, já que o diagnóstico precoce desta última entidade tem implicações prognósticas relevantes.

PO-02-58

LEISHMANIOSE VISCERAL RECORRENTE

Pedro Lopes, Raquel Gonçalves, Rosa Sá, Isabel Ramos, João Porto, Manuel Veríssimo, Saraiva da Cunha, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A leishmaniose é uma infecção transmitida pela picada de um vector infectado por um protozoário do género Leishmania. A Leishmania visceral (Kala-azar) é a manifestação mais grave desta doença, com uma mortalidade superior a 90% sem tratamento. Caso Clínico: Homem 56 anos, enviado à consulta por pancitopenia febril. Queixas de sudorese nocturna, com picos febris de 38ºC, acompanhados e tosse emetizante com um mês de evolução. Um ano antes foi internado por leishmaniose visceral. Nessa altura tratado com anfotericina B lipossómica numa dose total de 20mg/Kg, com resolução de sintomas. Analiticamente apresentava hemoglobina 10,8g/dL, leucócitos 2800G/L, plaquetas 106000/L, PCR 5,73mg/dL, bilirrubina total 1,4mg/dL, LDH 355U/L, sem aumento das transaminases ou lesão renal. Referia sintomas semelhantes aos apresentados ao primeiro episódio. No internamento anterior não foi diagnosticada qualquer imunodeficiência. No internamento actual apresentava IGRA, serologias de hepatites e VIH negativos. Imagiologia com hepatoesplenomegalia. Realizou mielograma em os observados macrófagos e alguns elementos da linha mieloide apresentavam formas de Leishmania spp, Western blot positivo e imunofluorescência indirecta positiva com titulo de >1/1280 (título de 1/320 no episódio inaugural). Feito tratamento com anfotericina B lipossomica 3mg/Kg/dia, num total de 27mg/Kg por se tratar de recidiva. Houve resolução das queixas e da pancitopenia, com alta para consulta. Conclusão: A leishmaniose recorrente surge em consequência de uma reactivação e vem recebendo cada vez maior atenção devido ao difícil tratamento. A maioria dos casos surge associado a estados de imunodeficiência. Segundo a bibliografia a prevenção da recorrência através de terapêutica supressiva crónica, ou profilaxia secundária já foram vastamente estudadas, mas continua-se sem definir um regime terapêutico ideal. Este caso pretende mostrar um caso raro de Leishmania recorrente em doente imunocompetente.

PO-02-59

NEUROBORRELIOSE – RELATO DE CASO

Sofia Pinto Correia, Catarina Paulo, Eduardo Eiras, Alexandre Vasconcelos, Sofia Jordão, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

Introdução A Doença de Lyme (DL) tem uma apresentação multifásica, podendo ser multissistémica. Após fase localizada com eritema migrans (com ou sem síndrome gripal), presente numa minoria dos doentes, pode evoluir com manifestações neurológicas numa fase precoce (habitualmente meningorradiculite ou meningite linfocítica) ou tardia (neuroborreliose crónica, de apresentação variável). Caso Clínico Apresenta-se caso de homem de 62 anos com antecedentes de linfoma não-Hodgkin e carcinoma basocelular tratados. Vivia em zona rural com contacto com animais. Apresentou-se com quadro com uma semana de evolução de tosse seca, mialgias intensas, astenia e febre (máxima 38ºC), sem história de lesões cutâneas, que surgiu após estadia de uma semana em Miranda do Douro. Posteriormente com aparecimento de cefaleias, cervicalgia, marcha instável e desorientação. Analiticamente com aumento discreto dos parâmetros inflamatórios, ressonância magnética cerebral sem alterações de relevo e punção lombar com líquido cefalorraquidiano (LCR) inflamatório (6 células/µL; proteínas 72.2 mg/dL; glicose 58% da sérica). Iniciou aciclovir e ampicilina. Após 14 dias mantinha celularidade e proteinorráquia no LCR, apesar de melhoria do foro neurológico, com recorrência da febre. Estudos microbiológicos negativos, sem evidência de células malignas. Verificou-se ELISA sérico IgG equívoco e IgM negativo para Borrelia spp., posteriormente confirmada com Western Blot positivo. Já iniciado empiricamente ceftriaxone, tendo completado 28 dias com boa evolução e LCR normal à alta. Conclusão A manifestação com meningoencefalite é sugestiva de neuroborreliose, provavelmente correspondente a DL precoce. Na apresentação com líquor claro é importante a exclusão da infecção por Borrelia spp. quando a epidemiologia é sugestiva, permitindo início precoce de terapêutica. O prognóstico é favorável quando tratado atempadamente, prevenindo progressão para deterioração cognitiva e atingimento de outros órgãos e sistemas.

PO-02-60

SIALADENITE ASSOCIADA AO VIH

Ana Bento Rodrigues, Laura Pereira, Tiago Petrucci, Francisca Oliveira, Cátia Albino, Paulo Cantiga Duarte, José Luis Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE-HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA I

Doente de 46 anos, sexo feminino, raça negra. Natural da Guiné-Bissau. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca esquerda, taquicardia paroxística supraventricular, dislipidémia e obesidade. Não cumpria qualquer medicação por incapacidade financeira. Evacuada do seu país de origem por massa cervical dolorosa à palpação e mobilização do pescoço com 2 anos de evolução. Referia também astenia, anorexia, náuseas, sudorese noturna, perda ponderal não quantificada, sensação febril e prurido generalizado. À observação tinha múltiplas adenopatias nas cadeias ganglionares cervicais bilateralmente, as de maiores dimensões dolorosas à direita. Apresentava também adenopatias submandibulares e occipitais e hepatosplenomegália. Laboratorialmente sem alterações significativas a destacar à excepção de velocidade de sedimentação de 120 mm/h e beta2-microglobulina 10.53 mg/dl. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de tuberculose vs doença linfoproliferativa. O teste de IGRA que foi negativo, assim como a pesquisa de M. tuberculosis na expectoração, secreções brônquicas, lavado broncoalveolar, biópsia brônquica e mielocultura; ou de doença linfoproliferativa pelo que foi solicitada biópsia de adenopatia cervical. As serologias para síndromes mononucleoides foram negativas, à exceção do anti-VIH1 cujo resultado foi positivo com confirmação por Western blot. As subpopulações linfocitárias revelaram imunodepressão marcada com contagem de CD4 de 120 cel/µL (6%) – cumprindo critérios de SIDA — e a carga viral foi de 271700cópias/mL (5.43log). O resultado da biópsia ganglionar foi compatível com sialadenite associada ao VIH. A doente foi transferida para o serviço de Infecciologia, tendo iniciado TARV com emtricitabina/tenofovir + ritonavir/darunavir com boa supressão virológica. Com este caso pretende-se salientar a importância de não esquecer a infeção por VIH/SIDA quando se investiga um doente com adenomegalias.

PO-02-61

A GRANDE IMITADORA – UM CASO CLÍNICO

Victor Espadinha, Miguel Araújo, Alexandra Faustino, Filipa Carvalho, Fernanda Louro, Carlos Ramalheira
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

A descoberta do Mycobacterium tuberculosis foi uma pedra angular para a luta contra a tuberculose. Contudo a doença começou a divergir da sua forma clássica, dado o desenvolvimento de resistências, aparecimento do VIH e, melhoria dos hábitos nutricionais. O envolvimento gastrointestinal constitui 12% dos casos extrapulmonares. Esta manifestação mimetiza neoplasias intra-abdominais, outras doenças infecciosas e autoimunes. Isto acontece dada a ausência de sintomatologia específica, o que leva a erros diagnósticos e início tardio do tratamento. Descrevemos o caso de uma mulher de 55 anos com o diagnóstico de Neoplasia do ovário internada em Ginecologia, apresentando estudos sugestivos de carcinomatose peritoneal (TC abdominal e SAAG na ascite) embora líquido ascítico não revelasse células neoplásicas ou BAAR, pelo que foi pedido apoio à Medicina Interna. Tinha recorrido ao SU por quadro de obstipação com 15 dias de evolução sem outro sintoma. A TC mostrou derrame pleural esquerdo, adenopatia mesentérica, ascite e aumento da espessura do grande epiploon, sem alterações pélvicas. A avaliação analítica demonstrava anemia hipocrómica, CA125 de 1652 U/ml e VS de 120mm/h, VIH negativo. Efectuou broncofibroscopia e endoscopia digestiva alta cujas biópsias foram negativas, tal como a PCR e IFN gama. Iniciou terapêutica empírica com tuberculostáticos. Realizou laporatomia exploradora 5 dias depois com biópsia incisional do grande epiploon que revelou presença de BAAR compatível com micobacteriose. A tuberculose intestinal é única entre as formas extrapulmonares dadas as características inespecíficas. As alterações mais frequentes são anemia, elevação da VS e do CA125 e ascite (presente em 97% dos casos). Poderá ser facilmente confundida com Neoplasia do ovário e, por vezes, o diagnóstico só se alcança com biópsia peritoneal. Existem casos descritos de resseções cirúrgicas desnecessárias. Este exemplo alerta-nos para a importância desta entidade, mesmo em imunocompetentes.

PO-02-62

EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA - CASO CLÍNICO

Inês Coelho Santos, Tiago Alves, Geetha Girithari, Lara Adelino, André Real,Cristina Lopes, Márcia Melo, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: A Embolia pulmonar séptica (EPS) é uma doença rara, sem apresentação clínica específica e pode apresentar-se com um início insidioso de febre, tosse ou hemóptise. O diagnóstico é baseado na presença de fatores de risco, combinado com achados radiológicos característicos de múltiplos nódulos pulmonares periféricos com ou sem cavitação e presença de hemoculturas positivas. CASO CLÍNICO: Homem, 74 anos, antecedentes pessoais de osteomielite crónica na tíbia esquerda há 40 anos. Internado no serviço de Ortopedia por agudização de Osteomielite crónica. Pedido de observação de Medicina Interna ao 4º dia de internamento por apresentar dor pleurítica no hemitórax esquerdo, expectoração hemoptóica, alterações no Rx-tórax e febre. Angio-Tc Tórax: "Metastização pulmonar múltipla (..) maior à direita com 2,5 cm e à esquerda com 4,5cm, esta com pequena cavitação central ". Após uma semana, foi submetido a lavagem e desbridamento de foco de osteomielite crónica. Hemoculturas positivas para staphylococcus aureus meticilina sensível, tendo feito switch de antibioterapia para trimetoprim/sulfametoxazol e clindamicina com duração de 6 semanas. Prosseguiu-se ao estudo alargado. TC-Abdomino-pélvica, endoscopia alta e colonoscopia sem alterações. Estudo autoimune, marcadores tumorais, IGRA, HIV e ECA negativo. Ecocardiograma excluiu endocardite. Citológico do aspirado brônquico e biópsia guiada por TC de nódulo sólido do lobo superior esquerdo: negativo para células neoplásicas. Após ter cumprido 6 semanas de antibioterapia realizou nova TC Torácica, que revelou: "...micronódulo de 5mm do ápice direito, não se visualizando outros nódulos ou condensações." Após 5 meses, TC Torácica sem alterações. CONCLUSÃO: A ESP é frequentemente um diagnóstico de exclusão, sendo uma entidade subdiagnosticada, muitas vezes confundida com pneumonia ou metástases pulmonares, e caso seja ignorada, de prognóstico reservado.

PO-02-63

TUBERCULOSE DISSEMINADA – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ADENOPATIAS

Elisabete Bento Guerreiro1, Fábio Cota-Medeiros2, Alexandra Zagalo2, Robert Badura2, Luís Caldeira2
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - 1.SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2.SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A tuberculose disseminada cursa com alterações laboratoriais inespecíficas e pode não ser evidente por radiografia de tórax. Na maioria dos casos é diagnosticada por cultura de material obtido por punções ou procedimentos cirúrgicos. Os autores descrevem 2 casos de doentes internados com diagnóstico inaugural de infecção por VIH 1 com quadro consumptivo caracterizado por astenia, anorexia e perda ponderal, onde a abordagem diagnóstica de adenopatias foi fundamental para a marcha diagnóstica. No primeiro caso descrevem um doente de raça negra, 45 anos com adenopatias inguinais bilaterais. Radiografia de tórax sem alterações patognomónicas de tuberculose. Isolamento de M. tuberculosis no pus aspirado de adenopatia inguinal e posteriormente em culturas de sangue periférico e medular. TC toracoabdominopélvica a confirmar o diagnóstico de tuberculose disseminada com imagens micronodulares pulmonares, esplénicas e várias adenopatias lomboaórticas, ilíacas e inguinais. No segundo caso descrevem um doente caucasóide, 47 anos, com tumefacção cervical anterior esquerda indolor, abordado inicialmente por ORL que inicia antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico, sem melhoria, e realiza TC cervicofacial que evidencia múltiplas adenopatias cervicais esquerdas e mediastínicas. Identificação de M. tuberculosis no pus aspirado de adenopatia cervical, suco gástrico, sangue periférico, secreções brônquicas e biópsia brônquica. TC toracoabdominopélvica a corroborar o diagnóstico de tuberculose disseminada. Em ambos os doentes excluíram-se doenças linfoproliferativas, tendo sido iniciados antituberculosos e, posteriormente, terapêutica antiretroviral, com melhoria. Estes casos exemplificam a importância de uma correcta abordagem diagnóstica de adenopatias, no sentido de se estabelecer o diagnóstico correcto atempadamente.

PO-02-64

PIOMIOSITE POR STAPLYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE. RELATO DE UM CASO.

Edite Marques Mendes, António Ferreira, Carlos Ribeiro, Diana Guerra.
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Introdução: A piomiosite é uma infecção do músculo esquelético que habitualmente ocorre por disseminação hematogénea,normalmente com formação de abcesso. É mais frequente em jovens adultos e em climas tropicais. Nos climas temperados associa-se a imunosupressão ou doença grave. Os factores predisponentes incluem a infecção HIV e a diabetes mellitus. A inespecificidade da apresentação inicial pode atrasar o diagnóstico possibilitando a evolução para sépsis e morte. Caso clínico: Homem de 53 anos, natural do Reino Unido. Antecedentes de obesidade mórbida e diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado com mau controlo metabólico. HbA1c de 12,5%. Trazido ao serviço de urgência por dor e edema dos membros inferiores, que limitavam a deambulação. Internado por celulite bilateral dos membros inferiores e medicado com cefazolina. Durante o internamento agravamento clínico,com dor muscular e articular e aparecimento de lesões eritematosas nodulares e dolorosas (membros inferiores e superiores) periarticulares. Analiticamente com anemia normocrómica, normocítica, velocidade de sedimentação elevada. Marcadores víricos negativos. Estudo imunológico negativo. Destaca-se agravamento do estado geral, com evolução para pancitopenia (com neutropenia) e formação de colecções nos membros superiores e inferiores. Dor intensa de difícil controlo.Ecografia revelou colecção líquida abcedada. Realizada drenagem cirurgica dos vários abcessos (punho e coxa esquerdas, coxa e tornozelo direitos)com colocação de dreno.Isolamento em cultura de pús e hemoculturas de Staplylococcus aureus meticilino-resistente. Excluído endocardite por ecocardiograma. Cumpriu 21 dias de vancomicina, com melhoria das lesões e do estado geral. Diagnóstico final de sépsis com ponto partida em piomiosite multifocal abcedada por Staplylococcus aureus meticilino-resistente. Conclusão: Os autores pretendem salientar a complexidade do caso,com difícil diagnóstico motivado pela inespecificidade dos sintomas.

PO-02-65

A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ESPONDILODISCITE E ABCESSO DO PSOAS

Rita Homem, Sara Ramalho, Vanda Spencer, Francisca Delerue
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A espondilodiscite e o abcesso psoas são entidades patológicas relativamente raras, mas com incidência crescente. A espondilodiscite é um processo inflamatório envolvendo disco e vértebras adjacentes, podendo estender-se para dentro do espaço epidural e partes moles paravertebrais. Surge com maior frequência nas vértebras lombares após intervenção local ou por disseminação hematogénea. Habitualmente o quadro clínico é inespecifico. Os métodos de diagnóstico por imagem são imprescindíveis para o diagnóstico precoce, podendo ser necessário confirmar o organismo envolvido por biópsia. Apresentam-se dois casos: Caso 1 - Mulher, 74 anos com história de diabetes mellitus. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por lombalgia com características inflamatórias e febre. Realizou tomografia computorizada (TC) lombar e ressonância magnética, que revelaram abcessos do psoas-ilíaco, sinais de discite e abcesso intervertebral L2-L3. Nas hemoculturas isolou-se Staphylococcus (S.) epidermidis sensível a Penicilina. Caso 2 - Mulher, 49 anos com doença renal crónica em hemodiálise. Recorre ao SU por lombalgia, aparecimento de tumefacção cervical posterior esquerda e febre. Realizou TC cervical e lombar que revelaram massa cervical parasagital centrada no componente para-espinhal do espaço perivertebral com carácter infeccioso entre C1/C2 e C4/C5, espondilodiscite L4-L5 e abcessos do psoas bilateralmente. Nas hemoculturas isolou-se S. aureus meticilinoresistente. Em ambos os casos instituiu-se terapêutica médica conservadora, com antibioterapia prolongada com resolução do quadro, sem necessidade de intervenção neurocirúrgica. Esta exposição pretende realçar a semelhança dos quadros, causados por Staphylococcus (S), bactérias com manifestações clínicas de gravidade variável. O S. epidermidis é residente na pele e tem um baixo potencial patogênico; ao contrário, o S. aureus é potencialmente patogênico e frequentemente associa-se a cateteres intravenosos, causando bacteriemias.

PO-02-66

HIDATIDOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Stella Cortes Verdasca, Maksym Dykyy, Domingas Pereira, Telo Faria, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

Introdução: O Homem é um hospedeiro acidental no ciclo de vida do Echinococcus sendo contaminado diretamente ou pela ingestão acidental de ovos provenientes das fezes do cão (hospedeiro definitivo). Hidatidose é uma zoonose causada pelo Ecchinococcus e caracteriza-se por lesões quísticas que afetam com maior frequência o fígado. O Ecchinococcus granulosus e o Ecchinococcus multilocularis são as espécies que mais frequentemente se associam à infeção humana. O diagnóstico é feito por técnicas imagiológicas em combinação com testes serológicos. Caso Clínico: Homem, 79 anos, agricultor, com antecedentes pessoais conhecidos de fibrilhação auricular permanente, hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência cardíaca congestiva, admitido por quadro de vómitos e dor no hipocôndrio direito com 4 dias de evolução, sem outros sintomas. Objetivamente com dor à palpação do hipocôndrio direito, sem outras alterações. Analiticamente a salientar leucocitose 11000 com neutrofilia 85,5 %, PCR 8,8 mg/dL, e agravamento da função renal com ureia 97 mg/dL e creatinina 2,24 mg/dL. Estudo etiológico: ecografia renal sem alterações, ecografia abdominal com duas lesões sólidas compatíveis com quistos hidáticos, Tomografia computarizada abdominal com fígado de dimensões normais e contornos regulares, ecoestrutura difusamente grosseira identificando-se dois nódulos hepáticos numa extensão de 12 x 9,4 cm em relação com quistos hidáticos tipo IV / V, testes serológicos positivos para equinococose, sem alterações nos restantes exames complementares. O doente iniciou terapêutica com albendazol com boa resposta clínica, sendo orientado posteriormente para consulta de Cirurgia. Conclusão: A forma ovocitária do Echinococcus desenvolve-se no sistema digestivo do hospedeiro intermediário, sendo o diagnóstico por vezes acidental. A sintomatologia correlaciona-se com o crescimento do quisto. O tratamento inclui a administração de benzimidazóis e, em casos selecionados, a remoção cirúrgica.

PO-02-67

UM CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR E INFEÇÃO VIH

sofia mendes, juan puentes, graça amaro
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE

Os autores apresentam caso cliníco de homem de 30 anos homossexual com VIH 1 conhecido há oito anos sem critérios de terapêutica na altura, tendo abandonado o seguimento médico. Foi referenciado a consulta hospitalar de por VIH e adenopatias cervicais exuberantes maior com 20 mm de diâmetro com alguns meses de evolução não dolorosas aderentes aos planos profundos sem febre associada. Para diagnóstico etiológico das adenopatias, foram efetuados vários exames, incluindo biópsia de gânglio cervical. Dos exames pedidos destacam-se Tomografia computadorizada que revelou múltiplas formações ganglionares mediastínicas patológicas, designadamente junto aos troncos supra-aórticos, no espaço pré-vascular, em topografia pré-traqueal retrocava, na janela aortopulmonar e nos hilos pulmonares; na região inguinal esquerda, satélites dos vasos ilíacos externos, lateroaórticas, interaortocava, ao longo da pequena curvatura gástrica, sendo globosas junto aos vasos ilíacos comuns esquerdos, onde se definem as maiores com 20 x 13 e 22 x 16mm, enquanto adjacente ao tronco celíaco, hilo hepático e pâncreas constituem um conglomerado adenopático, cujo componente maior possui cerca de 44 x 24 x 58mm de eixos antero-posterior, transversal e longitudinal. Analiticamente, IGRA positivo 500 linfócitos T CD4 e virémia VIH 1 29346 alg 4,47. A histologia ganglionar revelou linfadenite granulomatosa necrotizante. Assumiu-se o diagnóstico de tuberculose ganglionar e iniciou terapêutica antibacilar com melhoria franca. Cerca de um mês depois iniciou terapêutica com elvitegravir/cobicistate/tenofovir/emtricitabina. O caso de tuberculose ganglionar descrito, em doente com VIH já conhecido, mas sem vigilância clínica, revela a falta de eficácia da saúde comunitária. É necessária maior partilha de informação e coordenação interserviços a fim de evitar a evolução do portador assintmático para SIDA sem qualquer intervenção.

PO-02-68

ENDOFTALMITE E MENINGITE A MRSA EM DOENTE DA COMUNIDADE

Nelson Cardoso, Cláudia Tátá, Maria Inês Ribeiro, Susana Escária, Renato Cunha, Rui Matono, Conceição Barata
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Introdução: Endoftalmite bacteriana endógena é uma situação rara que resulta da focalização do olho, secundária a bacteriémia. As principais causas incluem endocardite, infeções urinárias, abcessos intrabdominais, meningite, presença de cateter venoso. Os principais agentes da meningite bacteriana incluem o S. pneumoniae, N. meningitidis, e a L. monocytogenes pelo que, se recomenda atualmente antibioterapia empírica com ceftriaxone associada a ampicilina O recurso frequente aos cuidados de saúde está associado a aumento do risco de colonização e consequente propagação da infeção por S. aureus meticilino resistente (MRSA) Caso Clínico: Mulher de 88 anos, residente no domicilio. Recorreu ao hospital por quadro de sinais inflamatórios do olho direito. Colocada a hipótese de endoftalmite bacteriana, foram feitos exames culturais e administrada antibioterapia intravítreo (vancomicina e ceftazidima). Após 3 dias iniciou quadro de febre, prostração e alteração do estado de consciência. Foi realizada punção lombar que evidenciou marcada pleocitose com células incontáveis de predomínio polimorfonuclear, pelo que se iniciou ceftriaxone, ampicilina e dexametasona. Evolução desfavorável com alteração mantida do estado de consciência. Ao 5.º dia de internamento o exame cultural do vítreo revelou-se positivo para MRSA. Restantes exames culturais negativos. Apesar do início de vancomicina, a doente manteve deterioração clínica tendo-se verificado o óbito ao 15º dia de internamento. Como fatores de risco para infeção a MRSA há a referir vinda ao Serviço de Urgência, 15 dias antes do internamento, e 2 internamentos no ano anterior, o último 6 meses antes deste episódio. Discussão: Os autores pretendem com este caso alertar para o aumento da incidência de infeções a MRSA em doentes provenientes da comunidade, com exposição frequente aos cuidados de saúde. Esta situação é um problema de saúde pública que poderá implicar alterações na antibioterapia empírica num futuro próximo.

PO-02-69

UMA COMPLICAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE

Mário Rodrigues, João Azeredo, Vera Salvado, Luis Dias, Anabela Nunes
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ – UF MEDICINA 1.2

Introdução A fístula pleuro-cutânea é uma complicação rara de tuberculose pleural. Pode ocorrer espontaneamente ou, ocasionalmente, após procedimentos que permitam originar um trajecto entre a pele e a cavidade pleural. Caso Clínico Homem de 72 anos e história de tabagismo, enfisema, e tuberculose pulmonar aos 19 anos que culminou em pneumectomia esquerda, com consequente paquipleurite sequelar. Desde há 5 meses, seguido em Consulta de Cirurgia por tumefacção axilar esquerda, cuja biopsia foi compatível com abcesso subcutâneo; o produto da biopsia foi negativo para qualquer microorganismo (incluindo micobactérias). Após esta biopsia desenvolve trajecto fistuloso entre a pleura e a pele (local da biopsia), demonstrado por TC tórax; esta mostrou ainda loca bilobulada na axila e adenopatias necrosadas. Cumpriu 3 ciclos de antibioterapia, sem resolução da fístula, que mantinha exsudação espontânea de conteúdo purulento. Por descompensação do enfisema no contexto de traqueobronquite aguda necessitou de internamento na medicina, onde, por manter trajecto fistuloso e dado os antecedentes do doente, se repetiu exame directo e cultural, com pesquisa de TAAN. Este veio a revelar-se positivo tendo iniciado antibacilares, e mais tarde o exame cultural identificou Micobacterium tuberbulosis resistente à isoniazida. Actualmente, aos 4 meses de terapêutica antibacilar, registou-se o encerramento da fístula. Conclusão A fistula pleurocutanea tuberculosa pode ser sugerida por técnicas de imagem, sendo necessário estudo histológico e microbiológico para confirmação etiológica, embora nem sempre possível. O prognóstico é frequentemente favorável sendo a terapêutica antibacilar e a cirurgia as abordagens preferenciais para o tratamento.

PO-02-70

O QUE ESCONDE UMA ADENOPATIA INGUINAL?

Márcia Rodriques Pinto, Juan Puentes, Hirondina Rocha, Sara Nicolau, Ana Palricas, Manuela Grego, Gonçalo Ferrão.
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA IV - DIRETOR DE SERVIÇO DR. LUIS SIOPA.

Relato de Caso: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 47 anos, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo e medicado com sertralina. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por tumefação na região inguinal esquerda com cerca de três dias de evolução. Negava febre, perda ponderal, astenia, sudorese noturna e comportamentos de risco. Do exame objetivo observou-se adenopatías inguinais bilaterais, sendo a mais volumosa à esquerda de consistência elástica, indolor, aderente e eritematosa. Ausência de outras adenopatias. Os exames laboratoriais efetuados no SU não evidenciaram alterações dos parâmetros inflamatórios. Efetuou ecografia de partes moles que revelou formação nodular hipoecogénica à esquerda de 24x28x17mm de dimensões e algumas formações ganglionares de menores dimensões à direita. Teve alta medicado com anti-inflamatórios não esteroides e orientado para consulta de Medicina Interna. Na marcha diagnóstica, realizou novo controlo analítico e serologias cujo resultado foi negativo. Perante a persistência dos sintomas realizou tomografia computarizada abdominal e pélvica para exclusão de doença linfoproliferativa que demonstrou ausência de adenopatias supra e infradiafragmáticas e/ou organomegalias. Posteriormente, foi submetido a excisão ganglionar cujo resultado histopatológico identificou um componente linfoide essencialmente com células B e T compatível com linfadenite granulomatosa com IGRA positivo. Perante os achados efetuou broncofibroscopia com presença de secreções e exame cultural de micobactérias negativo. Face a este resultado, o doente iniciou terapêutica antibacilar com resposta clínica favorável e regressão das lesões 2 meses depois. Discussão e Conclusão: As adenopatias constituem um sinal clínico frequente e transversal a várias patologias. Este caso salienta a importância de considerar a Tuberculose ganglionar como manifestação extrapulmonar de infeção e como um diagnóstico diferencial de adenopatias.

PO-02-71

SARCOIDOSE – UM PUZZLE DE MANIFESTAÇÕES DE LESÕES DE ÓRGÃO

Heloisa Ribeiro, Catarina Rodrigues, Elsa Meireles, Helena Maia
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Caso Clínico: Mulher de 52 anos, com antecedentes de depressão e história familiar de neoplasia gástrica, que foi orientada para consulta por adenomegalias inguino-femorais superficiais com 45x24mm. Referia adenomegalias inguinais, hipersudorese noturna, perda de peso não quantificada, cefaleias temporoparietais ocasionais de tensão e "moscas volantes" no campo visual, com vários meses de evolução. Objetivamente destacavam-se múltiplas adenopatias cervicais, supra-claviculares, pericentimétricas, móveis de consistência elástica, não dolorosas; e inguinais bilaterais, as maiores com cerca de 3 cm de maior eixo. Do estudo efetuado salienta-se anemia inflamatória ligeira, VS 28 mm, cálcio (ca) total 10.8, mg/dL, Ca ionizado 1.65 mmol/L, ureia 54 mg/dL, creat 1,7 mg/dL, electroforese de proteínas com aumento policlonal das Igs, B2-microglobulina 10,5 mg/L; ECA 235 U/mL; Urina tipo II com leucocitúria e Ca urina 24h 520 mg/dia. Estudo imune e HIV negativo; Mantoux e IGRA negativo. TAC toraco-abdomino-pélvico com adenomegalias supraclaviculares, mediastínicas e hilares bilaterais; adenopatias axilares bilaterais e cavidade abdominal com numerosas adenomegalias para-aórticas e mesentéricas. Biópsia de gânglio com adenite granulomatosa, de tipo sarcóide-like; pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes e fungos negativos. A doente evoluiu com agravamento da hipercalcemia e função renal, com necessidade de internamento neste contexto, que foi complicado por bradicardia e clínica de IC. Foi avaliada por Oftalmologia que descreveu sequelas de uveíte não ativa e efectuou RMN cerebral e cardíaca que excluiu atingimento por sarcoidose. Iniciou corticoterapia com normalização de Ca, calciúria e ECA e regressão das adenomegalias. Conclusão: A sarcoidose é uma doença inflamatória crónica que pode atingir qualquer órgão, impondo o diagnóstico diferencial com múltiplas patologias. A sua incidência é variável, não sendo conhecida a realidade portuguesa.

PO-02-72

PATOGÉNEO À VISTA

Tânia Strecht, Sara Custódio Alves, Catarina Vizinho Oliveira, Jana Zelinova
HOSPITAL DE CASCAIS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A eosinofilia define-se como uma contagem periférica de eosinófilos superior a 400/mm3 podendo estar presente em numerosas patologias. Os autores relatam um caso de um doente masculino de 78 anos, com antecedente de provas de função respiratória com alteração restritiva, e psoríase com 10 anos de evolução e agravamento recente, seguido em consultas de Pneumologia e Consulta de Dermatologia à qual tinha recorrido 3 vezes no último ano. O doente recorre ao Serviço de urgência, encaminhado pelo médico assistente, por cansaço com agravamento na última semana e eosinofilia. À observação destaca-se febre, hipoxemia, dispneia e broncospasmo, e lesões cutâneas eritematosas generalizadas e pruriginosas. Analiticamente confirma-se eosinofilia, e elevação de parâmetros inflamatórios. A TAC mostrou áreas de densificação em vidro despolido já descritas em exame prévio admitindo-se processo inflamatório. Diagnosticou-se Pneumonia hipoxemiante, colheu amostras para hemoculturas e exame microbiológico das secreções brônquicas, e iniciou empiricamente Ceftriaxone e Azitromicina. O agente não foi isolado. No estudo das potenciais Pneumopatias intersticiais causadoras de eosinofilia, as serologias foram todas negativas. Apuraram-se mais dados anamnésicos, chegando à conclusão de que haveria um contexto epidemiológico para as lesões cutâneas mais compatíveis com uma causa infeciosa ao invés da Psoríase. Em colaboração com a Dermatologia, diagnosticou-se Escabiose, tendo realizado tratamento com franco alívio sintomático. Conclusão: A Escabiose é uma patologia bastante frequente, que nos últimos anos têm vindo a aumentar a sua incidência, resultado da diminuição da qualidade de vida e deterioração das condições sanitárias. Quando a escabiose tem um longo tempo de evolução pode ser uma causa de eosinofilia. O caso alerta ainda para a necessidade do espírito crítico do Internista na análise dos diagnósticos prévios do doente.

PO-02-73

EMPIEMA A M. TUBERCULOSIS

Mariana Quaresma, Isabel Silva, Fabienne Gonçalves, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

A tuberculose continua a ter uma elevada prevalência em Portugal, e a forma pleural foi a manifestação mais comum de tuberculose extra-pulmonar no nosso país no ano 2014, sendo responsável por cerca de 5% das doenças causadas pelo M tuberculosis. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 84 anos, que recorreu ao serviço de urgência com quadro de febre e mialgias com 3 dias de evolução. Referia ainda astenia, tosse seca e perda ponderal com semanas de evolução. Objectivamente, apresentava febre e diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. Do estudo realizado, documentada anemia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia do tórax com derrame pleural direito de médio volume, com aspecto organizado e loculado na ecografia. TC torácica com derrame pleural e espessamento dos folhetos pleurais, traduzindo empiema, e alterações fibro-cicatriciais dispersas, sem infiltrados parenquimatosos, adenopatias ou massas suspeitas. Toracocentese diagnóstica com critérios de exsudado, com predomínio de mononucleares e ADA aumentada, sem evidência de células neoplásicas. Lavado-broncoalveolar com auramina, PCR e cultura negativa para BK. Assumiu-se o diagnóstico presuntivo de tuberculose pleural, tendo iniciado terapêutica antibacilar quádrupla, com melhoria clínica e analítica, além da drenagem pleural. Semanas depois confirmada a suspeita clínica após isolamento de M tuberculosis em cultura do líquido pleural. A tuberculose pleural exige elevada suspeição clínica dada a baixa sensibilidade dos meios de diagnóstico existentes e deve ser considerada em todos os doentes com derrame pleural unilateral mesmo em quadros aparentemente agudos. Os autores pretendem realçar a sua importância no panorama nacional.

PO-02-74

O QUE ESCONDE UMA DOR OSTEOARTICULAR

Hirondina Rocha, Viktor Filyuk, Juan Puentes, Márcia Pinto, Adriano Kussoca, Rogéria Matos, Luís Siopa
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA IV

Os autores apresentam o caso clinico de uma doente do sexo feminino, 75 anos, melanodérmica, autónoma, residente no campo, com antecedentes de hipertensão, fibrilação auricular, dislipidemia, portadora de pacemaker, medicação habitual xarelto, digoxina, concor, fluvastatina, omeprazol. Deu entrada no serviço de urgência com queixas de cansaço, astenia, adinamia, anorexia, perda ponderal de 6 kilos em 1mês, sudorese noturna, febre e mialgias com 5 semanas de evolução, tendo sido medicada previamente com bactrim sem melhoria, à observação apresentava febre(38,3ºc) dor intensa na anca esquerda com impotência funcional. Analiticamente hemoglobina11.6 g/dl, D-dímeros 728 ng/ml, PCR 11,84mg/dl. Rx tórax, anca esquerda, bacia e abdomém sem alterações.Foi internada no serviço de Medicina por febre de origem indeterminada;objectivivamente mantinha febre diária vespertina,dor no membro inferior esquerdo com impotência funcional, realizou serologia para vírus, assim como weil felix, rosa de bengala, huddlerson, que foram todas negativas,autoimunidade também negativa, ecocardiograma, Doppler venoso do membro inferior, ecografia da anca e cintigráfia óssea sem alteração; hemoculturas positivas para streptococcus viridans.Iniciou terapêutica com vancomicina com relativa melhoria dos paramêtros inflamatórios, porém matinha febre e dor com posterior aparecimento de edema. O teste serológico para brucelose veio positivo 2 semanas depois, pelo que iniciou terapêutica com doxiciclina, rifampicina e omeprazol por 6 semanas com remissão total da febre e melhoria gradual da dor. Doente obteve alta após 2 semanas de tratamento, referenciada para consulta externa aonde foi seguida tendo posteriormente obtido alta.CONCLUSÃO: A brucelose é uma doença infecciosa sistémica, que pode se manifestar de diversas maneiras, no caso especifico da nossa doente teve uma manifestação osteoarticular, de modo que deve ser sempre pensada quando nos deparamos com uma febre de origem indeterminada.

PO-02-75

A PROPÓSITO DE UM CASO DE FILARIOSE (LOA LOA)

Adalmira Gomes, Muiguel Neno, Joana Costa, Alexandra Zagalo,Robert Badura,Luis Caldeira
HOSPITAL SANTA MARIA INFECCIOLOGA

Introdução A filaríase ou filaria é uma doença parasitária tropical, causada por nematoides filariais da superfamília Filarioidea. Caso Clinico Doente de 75 anos, natural de Angola, com antecedentes pessoais de Infeção VIH 1, com adesão a terapêutica. Referenciada ao SU por prurido generalizado, sensação de corpo estranho ocular migratória e sensação febril de predomínio noturno, com 2 meses de evolução, sem fotofobia, sem lesões cutâneas de novo, sem linfedema dos membros, sem sudorese ou calafrio. Ao exame objectivo sem alterações conjuntivais externas sugestivas de parasitose ocular. Analiticamente destacava-se anemia NN - 11,8 g/dl, eosinofilia marcada - 1,35x10, discreto aumento de bilirrubina total -1,04 mg/dl á custa da fração não conjugada, PCR <0,04. Dos restantes exames complementares destaca-se, ecografia abdominal - fígado normodimensionado com focos esteatosicos, Wirsung dilatado (3,6 mm), microlitiase renal de ectasia das vias biliares e fibromiomatose uterina. Pesquisa de plasmodium spp em esfregaço de sangue periférico foi negativa. Na mesma amostra foram visível raras filarias, com posterior identificação de Microfilaris diurnas. Admitida no serviço de doenças infecciosas com a suspeita clínica de filaria. Realizou exames de lâmpada de fenda para confirmação de filaria ocular que não revelou queratite ou deposito. Perante a historia clinica e epidemiológica e os alterações analíticas, assumiu-se trata-se de uma filaria LOA LOA. Iniciou tratamento com Albendazol 200 mg 12/12h e doxiciclina 100 mg 12/12 h que manteve durante 6 semanas. Conclusão O Loa Loa é um verme causador de Loíase, um tipo de filariose. As larvas destes vermes são transmitidas por mosca e viajam pela corrente sanguínea até atingir a maturidade, podem ser sentidos e vistos, nesta fase, mover-se no olho do hospedeiro ou por baixo da conjuntiva. O tratamento é feito com anti-helmíntico ou remoção do parasita por cirurgia em alguns casos.

PO-02-76

"AQUI HÁ RATO": A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Cabral, Catarina Oliveira, Luisa Gonçalves, Jorge Correia, Victor Bettencourt, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A leptospirose é uma zoonose transmitida ao homem através do consumo de água ou alimentos contaminados pela urina de animais, mais frequentemente o rato. Apresenta-se o caso de doente do sexo masculino, residente em meio rural, que deu entrada no serviço de urgência por febre e mialgias com 3 dias de evolução. Referia temperatura máxima de 39ºC, difícil de ceder aos antipiréticos, sem predominância por nenhuma altura do dia, bem como astenia com um mês de evolução. Afirmava contacto com todo o tipo de animais domésticos e pecuários, incluindo a possibilidade de contacto com ratos. Negou outros sinais e sintomas de órgãos ou sistemas. O exame objetivo não mostrou alterações relevantes. O hemograma no serviço de urgência mostrou trombocitopenia de 30.0x10^9/L e a bioquímica mostrou ALT 130U/L, AST 125U/L, LDH 599U/L, CK 1256U/L, Bilirrubina Total 1.4mg/dL, Bilirrubina Direta 1.08mg/dL e PCR 14.32mg/dL. Internado com a suspeita clínica de Leptospirose, que acabou por se confirmar no decurso do internamento, com IgM positiva. No internamento agravou ainda a trombocitopenia, chegando a valor mínimo de 19.0x10^9/L. Teve evolução favorável com antibioterapia com Doxiciclina, tendo alta ao 5º dia de internamento.

PO-02-77

ENDOCARDITE INFECIOSA PROTÉSICA TARDIA POR GRANUTICATELLA ELEGANS

Sara Almeida Pinto, Maria Ana Canelas, Maria Margarida Luís, Carina Silva, Daniela Martins-Mendes, Vítor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Introdução: A endocardite infeciosa (EI) continua a ser uma doença de elevada morbi-mortalidade. A Granulicatella é o agente responsável por 5% das EI, dentro das quais os agentes mais virulentos são a G.adjacens e a G.elegans. Desde 1997, estão descritos apenas cinco casos de EI por G.elegans. Objetivo: Apresentação de caso de EI protésica tardia por Granulicatella elegans. Caso Clínico: Homem, 73 anos, antecedentes de insuficiência mitral severa substituída por válvula biológica em 2013 e fibrilação auricular hipocoagulada. Recorreu ao serviço de urgência por febre, tosse e expetoração mucosa, refratária a ciclo de β-lactâmico e macrólido; associadamente, pancitopenia e esplenomegalia. Alta para consulta externa de Medicina Interna (CE-MI), medicado com fluoroquinolona, com resolução da febre. Aos seis meses follow-up, mantinha ligeira pancitopenia e esplenomegalia. Excluída tuberculose e patologia hematológica primária. Após quatro meses, episódios intermitentes de febre, astenia, tosse e expetoração mucosa. Apirexia após ciclos β-lactâmico e quinolona. Na CE-MI, solicitada radiografia torácica e ecocardiograma transtorácico (ecoTT) e, se febre de novo, colheita de hemoculturas em aerobiose e anaerobiose e urocultura. Passado um mês, novos picos febris. EcoTT com disfunção de prótese mitral de novo. Hemoculturas (HC) em aero e anaerobiose com cocos Gram+ de crescimento indolente. Internado por EI. Cumpriu seis semanas de antibioterapia e foi submetido a substituição valvular por prótese mitral mecânica. Isolada Granulicatella elegans nas HC. Sem alterações odontológicas relevantes. Conclusão: Nos casos descritos de EI por Granulicatella elegans, o número significativo de complicações está associado ao diagnóstico e terapêutica tardios. Este caso é o exemplo claro de que a elevada suspeição clínica e a articulação entre as diversas especialidades, em particular com o Laboratório de Microbiologia, são peças-chave para o sucesso terapêutico.

PO-02-78

NEM TUDO É O QUE PARECE ...

Maria João Baldo, Fredy Ramirez, Sara Cardoso, Fernando Maltez
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL - SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA

Introdução: A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) é uma doença desmielinizante grave do sistema nervoso central que é causado pela reactivação do poliomavírus JC. A infecção primária é assintomática e pode ser encontrados em 86 % dos adultos, manifestando-se apenas nos imunodeprimidos. Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 63 anos, autónomo, a trabalhar no Malawi, diagnosticado com VIH1 (A2) há 4 meses (CD4 inicial: 264 cel/mm3 com carga viral (CV)> 100000 cp/ml) sob: emtricitabina/tenofovi, raltegravir com boa resposta ao final de 4 semanas (CD4: 396 cel./mm3, CV<20). Na altura do diagnóstico, realizou tratamento para sífilis secundária. Recorreu ao Serviço de Urgência por disartria, disgrafia, e desiquilibrio na marcha desde há 4 semanas. A.P: Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão arterial. Medicação: metformina, candesartran. E.O (a salientar): dismetria, disgrafia, marcha de base alargada. Dos exames realizados a salientar: punção lombar (pl): VDRL fracamente positivo, JC, toxoplasmose, EBV, CMV, HSV e bacteriológico negativo, TAC CE: ligeira atrofia cerebelosa, RMN CE concordante com mastoidite e otite bilateral (excluída infecção a pós observação por otoscópica) e "lesão cortico-subcortical cerebelosa com edema perilesional com efeito massa sobre o recesso lateral do IV ventrículo parcialmente colapsado". Após parecer da neurologia exclui-se doenças auto-imunes e realizou de 2 semanas de antibioterapia com meropenem por indicação da neurocirurgia. Após a antibioterapia, repetiu RMN CE que mostrou aumento da lesão. Repetiu-se pl (a salientar): JC positivo. Diagnóstico: LEMP associado a resposta inflamatória por reconstituição imunitária (IRIS). Conclusão: Todos os tratamentos para a LEMP por IRIS são experimentais sendo a optimização da terapêutica anti-retroviral conjuntamente com corticoterpia o mais consensual. O doente foi medicado 1 gr de prednisolona durante 3 dias e posteriormente com 60 mg com boa resposta clínca e imagiológica.

PO-02-79

DA SÍNDROME RENOCÁRDICA AGUDA À ESPONDILODISCITE SÉPTICA

Gisela Borges, Cristina Costa, Joana Simões, Maria de Jesus Silva, Glória Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL PULIDO VALENTE - MEDICINA IIIA

A espondilodiscite é uma entidade rara com elevada morbi-mortalidade. A clínica é inespecífica e a evolução insidiosa exigindo elevado grau de suspeição para

diagnóstico precoce. A via de transmissão pode ser hematogénica, inoculação direta ou contiguidade. Os principais grupos etiológicos são: piogénica Staphylococcus aureus (SA) o mais frequente e granulomatosa por Mycobacterium tuberculosis e Brucela mellitensis, ambos endémicos em Portugal. Descreve-se caso de homem, 71 anos. Antecedentes: laminectomia descompressiva por estenose do canal raquidiano lombar (2013), lobectomia por adenocarcinoma do pulmão, cardiopatia hipertrófica não obstrutiva congestiva e consumo regular de anti-inflamatórios(AI) . Inicia quadro de ortopneia, cansaço fácil, edema periférico, diminuição da altura associado a astenia, anorexia e perda ponderal 6-7kg em tempo indeterminado. Objetivamente a realçar: IMC 19,65; subictérico; auscultação com fervores crepitantes na base direita; membros edema bilateral e simétrico até joelhos e paraparésia ligeira. Dos exames a realçar: Ureia 381 Creat 3,2 Na127 AST30 ALT13,9 GGT798 LDH619 Bil3,5 PCR16,3/VS 16. Ecografia renal sem alterações. Internado:sindrome renocárdica aguda a AI e hepatite de estase. Ao 3º dia dorsolombalgias, sopro sistólico grau II/VI foco aórtico e febre. Hemoculturas: SA sensível a Flucloxacilina. Ressonância magnética(RM) coluna:L4-L5 com aspetos compatíveis com espondilodiscite. Ecocardiograma transesofágico (ETE):vegetações na válvula aórtica. Completa 6 semanas de antibioterapia dirigida. Repete ETE-resquícios endocardite infeciosa não ativa. Novo quadro febril. Tomografia de corpo:pneumonia multifocal cumprindo 14 dias de antibioterapia com boa evolução e alta após 2 meses para unidade de convalescença. O diagnóstico e tratamento precoce e eficaz determinam o prognóstico final da doença. Neste caso a microbiologia e a RM ditaram o diagnóstico contudo muitas vezes apenas a biopsia vertebral percutânea é conclusiva.

PO-02-80

SÍNDROME DE WEIL, DA CLÍNICA À EPIDEMIOLOGIA

Lénio Couto, Mónica Seidi, Joana Carreiro, Maria Guadalupe Benites, Almerindo Rego
HOSPITAL DO SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

A Síndrome de Weil corresponde à forma ictérico-hemorrágica da leptospirose. É rara mas grave e potencialmente fatal, com envolvimento multisistémico, nomeadamente hepático, renal, pulmonar e hematológico. A incidência desta zoonose é variável (de 0,3/100000 habitantes no Sul de Portugal a 11/100000 nos Açores). Homem de 62 anos, agricultor, com antecedentes de alcoolismo e tabagismo. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse, mialgias e febre há 24h. Ao exame objectivo, hipotenso, febril (38,9ºC), com mau estado geral, emagrecido e subictérico. Auscultação cardiopulmonar com sibilios dispersos e abdómen doloroso no hipocôndrio direito. Dos exames complementares salienta-se: telerradiografia do tórax com reforço parenquimatoso bilateral, leucocitose neutrofílica (11600/95%), proteína C reactiva de 235 mg/dL e trombocitopénia (84 000/µL). Admitida infecção respiratória e iniciou empiricamente antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico, contudo com rápida deterioração do quadro clínico e evolução desfavorável, verificando-se disfunção multiorgânica grave: hipotensão necessitando suporte aminérgico, taquidisrritmia e insuficiência respiratória que motivou intubação orotraqueal. Reavaliação analítica: hiperbilirrubinémia (15mg/dL), creatinina de 1,2 mg/dL e trombocitopénia (31 000/µL). Face ao contexto epidemiológico do doente e perfil evolutivo, assumiu-se concomitantemente quadro de sépsis grave em contexto de leptospirose, com disfunção multiorgânica. A pesquisa de Leptospira interrogans no soro por polymerase chain reaction foi positiva. Transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos com evolução favorável. A síndrome de Weil tem uma taxa de mortalidade que pode atingir 30%, pelo que o diagnóstico atempado é fulcral. Não obstante, atendendo ao contexto profissional do doente e pela deterioração rápida do quadro, só um conhecimento adequado das manifestações da doença poderá fazer suspeitar-nos da sua identificação.

PO-03-01

AN UNUSUAL CASE OF LEFT VENTRICULAR REMODELING

Paula Ribeiro, Eulália Pereira, Márcia Barros, Daniel Caeiro, Miguel Guerra, José Roberto, Vasco Gama, Luís Vouga
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

INTRODUCTION- Differentiation between left ventricular aneurysm and pseudo-aneurysm is difficult, the clinical presentation is not specific. Autopsy or surgical evaluation of tissue layers remains the gold standard for diagnosis. CLINICAL CASE- A 70-year-old female experienced in October 2015 an acute episode of intense chest pain followed by circulatory arrest at home, successfully defibrillated by emergency medical services. Complete left bundle branch block was apparent on electrocardiogram and the patient was referred for primary angioplasty. Her past clinical history was characterized by hypertension, hyperlipidemia and an anterior myocardial infarction in 2010 related to a distally occluded left anterior descending artery. Left ventriculography is presented in Video 1. Pharmacologic treatment was assumed. Vital signs were stable on presentation at our cath laboratory. Coronary angiography revealed only a distal occlusion of posterior descending coronary artery. Surprisingly, the contrast left ventriculography evolved to a dyskinetic cavity localized in the apical region, suggesting the presence of a pseudo-aneurysm (Video 2). The troponin T value reached 2,17 ng/ml. A transthoracic echocardiogram showed a dyskinetic apical region of the left ventricle, mild mitral regurgitation (MR), with moderate reduction of the ejection fraction (EF = 32%). An apical aneurysmatic enlargement was also described in cardiac computed tomography (CT), with a maximum diameter of 47 mm and a slightly narrower neck (Ø 32 mm), apparently with no myocardial wall surrounding (Image 1). The decision to operate was taken and at the time of surgery a large true aneurysm of the apical region of the left ventricle was found (Image 2). Intra-operative transesophageal echocardiogram showed no mitral regurgitation and satisfactory post-surgical remodeling. The patient was discharged 6 days after surgery without complications and remains asymptomatic at 3 months follow-up.

PO-03-02

SERÁ O VIH A CAUSA DA MIOCARDIOPATIA DILATADA ?

Paula Ribeiro, Eulália Pereira, Márcia Barros, Ana Manuel, José Roberto, Vasco Gama
CLINICA SAGRADA ESPERANÇA, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA, LUANDA/ ANGOLA

INTRODUÇÃO- A infeção pelo HIV é uma das causas que levam a doença cardíaca especificamente a insuficiência cardíaca. As complicações cardíacas tendem a ocorrer de forma tardia ou são associados a terapêutica instituída. CASO CLÍNICO- Homem de 53 anos, negro, com excesso ponderal e hiperuricemia. Sem hábitos alcoólicos nem tabágicos. Antecedentes de miocardiopatia dilatada não isquémica com depressão severa da função sistólica do ventrículo esquerdo diagnosticada a 11/2013, na altura em que foi internado por insuficiência cardíaca (IC) de novo, habitualmente em IC classe I-II NYHA; trombo apical (hipocoagulado com varfine); cateterismo cardíaco (11/2013) sem evidência de doença coronária. Negou história familiar de patologia cardiovascular (CV) e intercorrências infeciosas nos últimos anos. Estável do foro CV até à manhã do dia 14/04/2014, altura em que iniciou, durante esforço defecatório, dor retroesternal, sem irradiação, opressiva, associada a hipersudorese, motivo pelo qual foi assistido pela VMER, a admissão na urgência apresentava-se vígil, colaborante, sintomático com crepitações nas bases pulmonares e edema maleolares. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, má progressão da onda R em V1-V2, inversão da onda T em DII,DII,aVF e V4-V6. Analiticamente elevação da troponina-0,714 ng/dL, ureia 71 mg/dL, creatinina 2,02 mg/dL, ProBNP 2.875 pg/mL, proteína C reativa 0,75 mg/dL, leucócitos 3x103/uL. Novo cateterismo cardíaco sem doença coronária. Admitido no internamento por Insuficiência cardíaca descompensada. Continuou-se então com a investigação etiológica para Miocardiopatia dilatada. Os marcadores víricos foram positivos para Vírus de imunodeficiência humana 1 e 2, com contagem de linfócitos CD4 inferior 200/ ml. Iniciou tratamento com antirretrovirais e obteve alta clinicamente estável.

PO-03-03

ENDOCARDITE DE PRÓTESE AÓRTICA BIOLOGICA POR BRUCELLA - UMA ENTIDADE NOSOLOGICA A NÃO ESQUECER

Paula Ribeiro, Eulália Pereira, Ana Mosalina, Rodolfo Pereira, José Roberto, Luís Vouga, Vasco Gama
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

INTRODUÇÃO – A brucelose é uma doença sistémica contudo a sua apresentação cardíaca é rara. A endocardite é responsável pela maioria da mortalidade atingindo válvulas nativas ou próteses valvulares. O tratamento engloba obrigatoriamente terapêutica médica com antibióticos dirigidos e cirúrgica. Laboratorialmente, o teste de sero-aglutinação de Wright assume-se como o meio de diagnóstico serológico mais precoce. CASO CLÍNICO- Homem de 77 anos, autonomo, com antecedentes de estenose aórtica severa, tendo sido submetido a substituição valvular aórtica em 2003 (por prótese biológica), habitualmente em insuficiência cardíaca classe I-II NYHA; fibrilhação auricular permanente -CHADSVASC-3 pontos (não hipocoagulado por retrorragia). Fatores de risco cardiovascular: HTA e dislipidemia. Outros antecedentes: hiperplasia benigna da próstata, hemorróides, liatiase vesicular e polipectomia cólica. Transferido para o serviço de cirurgia cardiotorácica do CHVNG/Espinho por disfunção de prótese aórtica com vegetação. Submetido a re-operação de Tripla válvula a 8/2/2016 (substituição de prótese aórtica +válvula mitral (biológicas)+anuloplastia tricúspide), necessidade de pacemaker provisório por bloqueio auricular completo no pós-operatório. Extubado 2 dias depois sem intercorrências. A 14/2 iniciou febre apesar da terapêutica antibiótica para endocardite prótese tardia, apresentando hemoculturas seriadas, microbiologia dos fragmentos da prótese e MRSA negativos. Investigou-se então agentes para Endocardite com hemoculturas negativas que revelaram Reação de Wright positiva 1/800. Iniciou terapêutica dirigida para Brucelose com Doxicilina +Trimetropim/sulfametoxazol+Rifampicina. Apresentou remissão da febre. CONCLUSÃO - A brucelose é uma doença sistémica na qual qualquer órgão ou tecido do organismo pode ser envolvido. Recomenda-se antibioterapia dirigida por longos períodos (3 a 6 meses). As recidivas são frequentes nos casos de interrupção da terapêutica.

PO-03-04

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE DISSEÇÃO DA AORTA

Cátia Santos, Susana Cunha, Lilian Sousa, Rita Faria, João Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ - MEDICINA INTERNA II

Os autores descrevem o caso de um doente de 48 anos, sexo masculino, caucasiano e autónomo, internado para estudo de edema dos membros inferiores (MIs) de predomínio direito, parestesias dos dedos de ambos os pés e lesões maculares violáceas mal delimitadas com cerca de 1 semana de evolução. Apresentava antecedentes de dislipidemia, tabagismo, insuficiência venosa periférica e síndrome depressivo, e havia realizado no mês precedido um cateterismo cardíaco por angina instável (sem intercorrências), excluindo-se valvulopatia e com função sistólica global conservada. À observação apresentava sopro sistólico de predomínio aórtico grau 2/6 e edema dos MIs mais evidente à direita, com lesões maculares violáceas até aos joelhos. Sem alterações analíticas de relevo. Doppler venoso e arterial do MI direito sem alterações. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou ligeiro derrame pleural mais evidente à direita. Realizada biopsia cutânea, sem sinais de vasculite e sem sinais de trombose nem de necrose fibrinóide. No ecocardiograma transtorácico destaca-se válvula aórtica sem coaptação das cúspides, condicionando insuficiência severa. Perante estas alterações foi pedida angio-TC toraco-abdomino-pélvico, que confirmou disseção aórtica tipo I, envolvendo também a aorta abdominal até ligeiramente abaixo dos hilos renais. De referir, que durante o internamento o doente não apresentou precordialgia nem dor torácica, mantendo-se hemodinamicamente estável. O doente foi transferido para a cirurgia cardiotorácica, tendo sido submetido a cirurgia de substituição aórtica com prótese e plastia da válvula, que decorreu sem complicações. Este caso demonstra uma forma de apresentação clínica atípica de disseção da aorta, sem dor torácica. A orientação diagnóstica conduziu de forma incidental ao diagnóstico final, não se tendo colocado esta hipótese primariamente.

PO-03-05

NAVALHA DE OCCAM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Pedro Duarte, Carolina Pavão, Beatriz Amaral, Miriam Cimbron, Paula Macedo, César Lourenço, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

Homem de 60 anos. Antecedentes de etilismo (36g/álcool dia) em abstinência. Quadro de agravamento progressivo com 4 meses de evolução de dificuldade na marcha, tremor dos membros superiores, anorexia e emagrecimento, com dependência progressiva para AVD´s. Na observação salientava-se: marcha lentificada, ataxia, sopro holossistólico IV/VI e hepatomegália palpável. Internado para estudo de ataxia e por suspeita de doença linfoproliferativa. Analiticamente salienta-se: anemia NN, trombocitopenia, sem leucocitose, electroforese das proteínas séricas com hipergamaglobulinemia de base alargada. EDA: micronodularidade da mucosa do esófago, estômago e duodeno com biópsias negativas. Nos exames imagiológicos de corpo verifica-se hepatoesplenomegalia, enfartes esplénicos, enfarte renal, alterações da trabeculação óssea da coluna lombar descritas como possíveis lesões secundárias ou quadro de doença linfoproliferativa. Avaliado por Hematologia sem critérios major para síndrome de POEMS. Medulograma sem evidência de infiltração medular por doença hematológica. Pela ataxia fez TC-CE que revelou enfarte lacunar minor a nível do hemisfério cerebeloso à esquerda. Observado por Neurologia, cujo estudo conclui síndrome parkinsónico e neuropatia sensitiva axonal ligeira dos membros inferiores. No dia 8 de internamento inicia febre. Realizou hemoculturas com isolamento de Streptococcus mitis. Efetua ETE que mostra vegetações de grandes dimensões na válvula aórtica que condicionam insuficiência grave, sem outro envolvimento valvular. Compreende-se então que as alterações descritas constituíam quadro embolização sistémica (enfarte renal e enfarte lacunar minor hemisfério cerebeloso esquerdo). Realizou antibioterapia sem melhoria clínica ao final de 2 semanas, sendo transferido para unidade com Cirurgia Cardiotorácica. Com este caso os autores pretendem demonstrar que o tempo é muitas vezes um denominador essencial para a simplificação diagnóstica.

PO-03-06

SINDROME PLATIPNEA-ORTODESÓXIA, A PRO-PÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Taveira, Ana Hipólito Reis, Eduarda Pena, Raquel Calisto, Gracieta Malangatana, Luísa Guerreiro
HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A platipnea-ortodesóxia (PO) é uma síndrome clínica rara caracterizada por dispneia (platipnea) e dessaturação graves (ortodesóxia) na posição ortostática que melhoram com o decúbito. A principal causa desta síndrome é a presença de foramen oval patente (FOP). Os doentes que apresentam apenas defeito anatómico isolado são habitualmente assintomáticos sendo necessário um defeito funcional que potencie o shunt para que a PO se manifeste (por exemplo, deformidade no septo auricular, cifoescoliose). Apresenta-se mulher de 84 anos com cifoscoliose marcada. Admitida na sala de emergência por insuficiência respiratória hipoxémica grave (pO2 44 mmHg, pCO2 32 mmHg, em ar, sentada). Por se verificar melhoria gasimétrica com a posição de decúbito (pO2 101 mmHg com CN 1L/min), suspeitou-se de sindrome PO. O ecocardiograma transtorácico mostrou a presença de aneurisma do septo interauricular com protrusão em direcção à auricula esquerda. O ecocardiograma transesofágico confirmou FOP com shunt esquerdo direito após administração de soro agitado. Foi feita investigação exaustiva de diagnósticos alternativos - documentado TEP periférico em cintigrafia de ventilação-perfusão, não visualizado em angio-TC torácico realizado à admissão. Não foram documentadas outras alterações que pudessem sugerir diagnósticos alternativos. Portanto, PO em contexto de shunt anatómico cardíaco com fluxo esquerdo direito por FOP com componente funcional provavelmente conferido por cifoescoliose, aneurisma do septo auricular e provável contributo de TEP periférico. Foi proposta para encerramento percutâneo com Amplatzer resolução completa dos sintomas. Seis meses após encerramento permanece assintomática. O encerramento do FOP em contexto de sindrome PO é curativo. O caso clínico apresentado, mostra a necessidade de elevada suspeição clínica para diagnóstico desta entidade e a

importância da investigação exaustiva para exclusão de situações potenciadoras que possam condicionar resultado do tratamento.

PO-03-07

AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA DE HIPERTENSOS TRATADOS POR CARDIOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA: DADOS PRELIMINARES

Rodrigo Nazário Leão, Paula Ribeiro, Manuela Melo, Pedro Marques da Silva
UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 4, HOSPITAL DE SANTA MARTA, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL-EPE

Introdução: A prevalência da hipertensão arterial na população adulta portuguesa é superior a 40%. Historicamente definida pela elevação sustida da pressão arterial (PA), é uma alteração hemodinâmica caracterizada por anomalias do débito cardíaco, resistência vascular sistémica e/ou complacência arterial, com notórias implicações no diagnóstico, estratificação de risco e tratamento. A cardiografia de impedância (CGI) é um método não invasivo de avaliação do perfil hemodinâmico. Permite assimilar o risco e otimizar a terapêutica. Neste estudo pretendemos caracterizar o perfil hemodinâmico por CGI de um grupo particular de hipertensos tratados. Métodos: Selecionámos, de forma prospetiva e aleatória, hipertensos medicados com ≥3 anti-hipertensores, sem insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, valvular ou disritmia. Após CGI foram classificados em: vasoconstritor (resistência vascular sistémica (RVSI)>2500dyn.s.cm-5.m2), hiperdinâmico (índice cardíaco (IC)>4,2l/min/m2 e/ou frequência cardíaca (FC)>80ciclos/min), hipervolémico (fluído torácico (CFT)>341/kOhm) ou balanceado (parâmetros hemodinâmicos abaixo dos valores limite estabelecidos). Realizaram ecocardiograma para exclusão de alterações importantes. Resultados: Foram incluídos 18 doentes, 10 mulheres, idade 65±9 anos, sob 4±1 anti-hipertensores. Os valores médios hemodinâmicos foram: PAsistólica 141±22, PAdiastólica 77±13, FC 76±14, RVSI 2583±868, IC 3,4±0,9, CTF 29,7±6,3. 33,3% aparentam ser vasoconstritores, 22,2% hiperdinâmicos, 22,2% hipervolémicos e 22,2% balanceados. Conclusão: Estes resultados sugerem que, apesar de polimedicados, a maioria dos doentes não estavam hemodinamicamente estabilizados, confirmando que a PA é uma variável hemodinâmica sustida por diversos processos, tendencialmente redundantes, em que a inibição de um elemento tende a favorecer a ativação de um outro. A CGI é, por isso, um método útil na avaliação dos hipertensos, capaz de contribuir para a adequada otimização terapêutica.

PO-03-08

CORRELAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL DO D-DIMERO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Joana Alves Vaz,Nuno Ferreira Monteiro, Maria Manuela Soares, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ - MEDICINA II

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma das patologias mais frequentes e mortíferas, persistindo como principal causa de morte prevenível em âmbito hospitalar. Os d-dimeros (d-d`) são produtos de degradação da fibrina que podem traduzir o processo tromboembólico. É aceite que o seu doseamento tem um valor preditivo negativo, contudo a sua elevação amiúde não se correlaciona com a clínica. Objectivo: Atendendo ao seu uso generalizado, determinar qual o valor inaugural de d-d`nos doentes com TEV e sua correlação com a clínica. Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de saída de TEV-tromboembolismo pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda dos membros (TVP) - num Serviço de Medicina em 2013 e 2014. Resultados: 52 doentes com diagnóstico de TEP, média de idades de 76,8 anos e a maioria do sexo feminino (n=32). O valor inicial dos d-d` foi elevado (>1,0 ug/ml) em 77% dos doentes. Em 33 verificou-se TEP bilateral, com d-d` em média de 3,0 ug/ml; contudo 40% destes doentes apresentou d-d` inferior a 2,5 ug/ml e 10% dos mesmos d-d` inferior a 1,0 ug/ml. Em apenas 1 doente se objectivou um doseamento negativo de d-d` (<0,3ug/ml), apesar da evidência imagiológica de TEP. Relativamente aos 45 doentes com diagnóstico de TVP, média de idade de 69,8 anos e a maioria do sexo feminino (n=33). Neste grupo, o doseamento inicial médio dos d-d` foi de 2,7ug/ml. Em 20% dos casos o d-d` foi inferior a 1ug/ml e em 5% dos doentes foi negativo (<0,3ug/ml). Conclusões: O nosso trabalho reitera o significante valor preditivo negativo dos d-dímeros no tromboembolismo pulmonar. Os níveis de d-d` apresentados pelos doentes com TEV não parecem ter correlação clínica direta, podendo estar ligeiramente aumentados ou até ser negativos, mesmo em casos de embolia extensa assim. Assim, o nosso juízo clínico deve sempre auditar e prevalecer sobre os valores laboratoriais, em particular na população idosa e em contexto neoplásico.

PO-03-09

TROMBOEMBOLIA PULMONAR NA PRÁTICA CLÍNICA – CASUÍSTICA DE INTERNAMENTO

Joana Raquel Monteiro, Sónia Santos, Joana Monteiro, António Antunes, Fernanda Pinhal
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ, CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A Tromboembolia pulmonar (TEP) tem apresentação clínica variável e pode ocorrer na ausência de qualquer fator de risco conhecido. Os autores apresentam um estudo retrospetivo de 12 meses de internamento num hospital distrital por TEP ou com intercorrência de TEP, com registo das caraterísticas prévias, clínica, algoritmo diagnóstico, terapêutica e destino após a alta, analisados à luz das 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pumonary embolism. 57.1% era do sexo feminino e 50% tinha mais de 71 anos, com internamento médio de 14 dias. A clínica mais prevalente à admissão foi dispneia (46.4%), seguindo-se dor torácica pleurítica e síncope, ambas em 21.4%. Dos fatores de risco, destacaram-se imobilização recente (37.5%) e fatores cardiovasculares: hipertensão arterial (51.8%), dislipidemia (44.6%) e diabetes mellitus tipo 2 (17.9%). 16.1% apresentava neoplasia ativa, 16.1% cirurgia recente e 14.3% infeção. 19.6% tinha alto risco inicial e destes 81.8% teve D-dímeros doseados e 27.3% não realizou AngioTC. Do total, 51.8% apresentou probabilidade intermédia (score de Wells) e 10.7% elevada, tendo 83.3% destes doseamento de D-dímeros. Os D-dímeros foram doseados em 89.3% dos casos, destes 56% apresentou valores entre 2001 e 10000ng/mL, tendo 52% do total um valor superior a 5001ng/mL. O Doppler dos membros inferiores revelou Trombose Venosa Profunda (TVP) em 23.2% dos casos em que foi realizado, tendo 38.5% dor num membro inferior e 23.1% sinais de TVP à admissão. 76.9% das TVP confirmadas apresentavam TEP extensa e/ou bilateral na AngioTC. 41.1% apresentou PESI Classe V e 8.7% destes faleceram no internamento. A terapêutica prevalente (89.3%) foi anticoagulação. A TEP é uma entidade cuja orientação permanece alvo de estudo e nem sempre decorre de acordo com as linhas de orientação divulgadas. Este estudo permite conhecer uma realidade hospitalar revelando as características destes doentes e os aspetos a melhorar na nossa prática clínica.

PO-03-10

DERRAME PERICÁRDICO RECIDIVANTE - A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Helena Temido, Mariana Aguiar Gonçalves, Catarina Teixeira, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, PÓLO HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Introdução: O derrame pericárdico está associado a doença local ou sistémica. Em até 50% dos casos pode não se conseguir determinar a causa concreta. Nos adultos, os quistos broncogénicos são geralmente achados acidentais, mas, quando sintomáticos, por infeção ou compressão, têm geralmente evolução desfavorável. Existem descrições raras de associação de quisto broncogénico e derrame pericárdico. Caso: Mulher, 40 anos, previamente saudável, recorreu à urgência por pré-cordialgia, dispneia para médios esforços e temperatura subfebril. Referia quadro gripal recente, entretanto resolvido. O ecocardiograma revelava derrame pericárdico com tamponamento. Apresentava elevação de Proteína C Reativa (21,4mg/dl) e leucocitose (13,2G/L), sem alterações na função renal, imunologia, hormonologia e autoimunidade. A serologia para Listeria era positiva (IgG 1/2a=1:1600, 4b=1:800). As hemoculturas, quantiferão e restantes serologias eram negativas. O líquido pericárdico era um exsudato, não havendo isolamento microbiológico. A Tomografia Computorizada (TC) toracoabdominopélvica (TAP), antes da pericardiocentese, mostrava pericárdio espessado, derrame pericárdico com bolhas gasosas e estrutura quística

infracarinal, em contacto com pericárdio e comprimindo a aurícula esquerda. Esta estrutura foi definida na Ressonância Magnética como quisto broncogénico. Cumpriu terapêutica com Meropenem e diuréticos, com boa evolução. Fez-se drenagem cirúrgica do quisto. Passado um mês volta à urgência com as mesmas queixas. Verificou-se recidiva do derrame pericárdico. O líquido pericárdico mantinha as características. A TC-TAP mostrou recidiva do quisto com compressão da aurícula esquerda. O ecocardiograma transtorácico não visualizou fístula. Iniciou terapêutica com colchicina e corticóide (1mg/kg/dia), que mantém há dois meses, estando assintomática. Discussão/Conclusão: Os autores analisam as etiologias de derrame pericárdico possíveis neste caso e discutem a associação com quisto broncogénico.

PO-03-11

COMPLICAÇÃO TARDIA DA ENDOCARDITE INFECIOSA

Andrei Gradinaru, Miguel Alves, Miriam Blanco.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE

Introdução: A metastisação séptica em endocardite infecciosa(EI) é frequentemente relatada no caso de envolvimento das estruturas valvulares do coração esquerdo. Demonstrada uma correlação direta com a característica e localização das vegetações, virulência do organismo, e indirecta, relacionadas com a duração da antibioterapia(ATB) apropriada. Caso clinico: Mulher de 72 anos, com antecedentes de HTA, Fibrilhação auricular persistente, Valvulopatia reumática mitral - submetida a anuloplastia há 7 anos. Segunda recorrências ao Urgência por quadro de astenia, febre, dorsalgia a esquerda, sem melhoria desde ultima observação há 14 dias, quando teve alta medicada com Amoxicilina e Ácido Clavulanico, e posteriormente isolamento nas hemoculturas (HC) - Staphylococcus Simulans multisensível. Ao exame objectivo - subfebril, lesões Janeway, sopro mitral holosistólico grau IV/VI. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, ligeira citólise hepática. Iniciou esclarecimento diagnóstico com realização de TAC tóraco-abdominal que revelou "área hipodensa heterogénea de provável natureza isquémica no baço e rim esquerdo". Para confirmar a hipótese diagnostica de EI infeciosa subaguda da válvula protética, realizou ecocardiograma transtorácica(ETT) com descrição de vegetações ao nível da válvula mitral, confirmadas pela ecocardiograma transesofágica. Instituída ATB com Vancomicina e Gentamicina, mantida durante 6 semanas, com ETT e HC negativas a partir do dia 14. A acabar o ciclo de ATB, por manutenção da dorsalgia a esquerda e febre, repetiu TC abdómino-pélvico onde se determinou "hipodensidade do parênquima esplénico de 6x3.5x6cm, que corresponde a uma coleção intraesplénica" - submetida a esplenectomia. Conclusões: Presente em até 40% dos casos de Endocardite Infeciosa, as embolisações septicas implicam uma vigilancia apertada das eventuais complicações tardías, indeferentemente da resposta clínica e imagiológicas da EI a ATB instituida.

PO-03-12

O CORAÇÃO INFILTRADO

Marta Manso, Diogo Paixão Marques, Raquel Domingos, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL DE EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA II

A amiloidose caracteriza-se pela deposição extracelular de fibrilhas proteicas de conformação beta-pregueada. Quando coradas com vermelho congo apresentam birrefringência verde à luz polarizada, permitindo o diagnóstico. A amiloidose senil (AS) é uma forma localizada cardíaca por depósito de transtirretina, apresentando-se nos idosos como cardiomiopatia restritiva (CMR). Apresenta-se uma doente de 82 anos, com história de hipertensão arterial sem lesão de órgão, internada por quadro progressivo de cansaço para pequenos esforços e ortopneia. Apresentava estase pulmonar bilateral moderada, com TA 157/80 mmHg, FC 90 bpm, sem outras alterações. Analiticamente, destacava-se péptido natriurético (NT-próBNP) 3300 pg/mL e troponina 1.59 mcg/L e electrocardiograma (ECG) sem alterações significativas. Assumiu-se insuficiência cardíaca (IC), em doente sem cardiopatia conhecida. O ecocardiograma mostrou hipertrofia concêntrica (HC) ligeira, função sistólica preservada, sem alterações segmentares. Foi encaminhada para consulta de Medicina. Manteve elevação persistente de troponina e NT-próBNP, a repetição de ecocardiograma mostrou HC grave e a coronariografia não mostrou lesões. Fez ressonância magnética cardíaca que mostrou ventrículo esquerdo (VE) não dilatado com marcada HC, acentuada no septo interventricular e realce tardio no VE, envolvendo todos os segmentos. Foi feita biópsia de gordura abdominal que mostrou amiloidose. Não foi possível caracterizar o tipo protéico, tendo sido excluída lesão multiorgânica (sem proteinúria, biópsia ósteo-medular sem alterações, sem elevação de cadeias leves livres). Realizou ECG-Holter: 294 pausas sinusais (RR-máx 5 segundos). Foi feita optimização terapêutica com melhoria sintomática, mantendo seguimento regular. Confirmou-se assim o diagnóstico de IC por CMR. Apesar de ser uma doença rara e poucas vezes sintomática, a AS deve ser pensada em doentes idosos com IC não enquadrável em etiologias mais frequentes.

PO-03-15

SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU - UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Ana Corte-Real, Sara Vilas-Boas, Ana Gaspar, Pedro Lopes
HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO DA FONSECA

O Síndrome de Osler-Weber-Rendu (SORW) é uma doença autossómica dominante, com uma prevalência de 1/5.000 a 10.000 pessoas. Caracteriza-se por telangiectasias mucocutâneas e malformações arteriorovenosas (MAV), sobretudo nos pulmões, fígado e cérebro. Apresenta-se o caso de uma mulher de 42 anos, caucasiana e com antecedentes familiares de SORW. Enviada a consulta de Medicina Interna por quadro arrastado de fadiga e episódios frequentes de epistáxis, motivo pelo qual já era seguida em consulta de otorrinolaringologia. Objectivou-se palidez das mucosas e da pele e sopro à auscultação pulmonar no 1/3 superior do hemitórax esquerdo. A avaliação laboratorial revelou anemia ferropénica, trombocitose e elevação persistente de gama-glutamil-transferase e da fosfatase alcalina. Os exames imagiológicos realizados (tomografia computorizada e ressonância magnética) revelaram MAV em ambos os pulmões, no parênquima hepático e no parênquima cerebral. Assim, assumiu-se o diagnóstico de SORW com envolvimento multivisceral. O tratamento envolveu uma equipa multidisciplinar incluindo Medicina Interna, Gastroenterologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia e Neurologia. Fez-se embolização da MAV do pulmão direito. A sobrevida do SORW pode ser semelhante à da população em geral. A mortalidade e o prognóstico são dependentes do grau de envolvimento sistémico, sendo as complicações hemorrágicas frequentes e potencialmente fatais. O diagnóstico precoce neste caso foi fundamental para garantir o correcto tratamento e encaminhamento da doente. No diagnóstico de doenças raras é necessário um alto grau de suspeição clinica, sendo o envolvimento multidisciplinar fundamental.

PO-03-16

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Paiva, Vera Matias, José Araújo, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATIZ ÂNGELO

Introdução: A Cardiomiopatia de Takotsubo é uma cardiomiopatia não isquémica desencadeada por uma disfunção do ventrículo esquerdo temporária e reversível, e caracteriza-se pelo aparecimento súbito de dor torácica ou insuficiência cardíaca associada a alterações no electrocardiograma e elevação de biomarcadores de necrose miocárdica, mimetizando um Enfarte Agudo do Miocárdio. A maioria dos casos é desencadeada por um factor stressante, afectando maioritariamente indivíduos saudáveis, do sexo feminino, sem evidência de doença coronária. Caso Clínico: Mulher de 66 anos com antecedentes de dislipidémia e hipertiroidismo mal controlado, que inicia um quadro de dor torácica aguda e dispneia súbita, sendo admitida inicialmente com a suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio. Com o estudo complementar, nomeadamente função tiroideia, biomarcadores de necrose miocárdica, electrocardiograma, ecocardiograma e coronariografia, foi excluída a hipótese de síndrome coronária aguda, concluindo tratar-se de uma Cardiomiopatia de Takotsubo desencadeada por uma crise tireotóxica. Após a terapêutica instituída, com metibasol e hidrocortisona, verificou-se completa remissão das alterações ecocardiográficas, apresentando a doente um excelente prognóstico a longo

prazo. Conclusão: Foi identificado o estado hipertiroideu agudo como o evento stressante, concluindo-se ser importante o doseamento das hormonas tiroideias em todos os pacientes com suspeita de CTT.

PO-03-17

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Juliana Silva, Clarisse Neves, Glória Alves, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA, GUIMARÃES

Mulher de 52 anos, antecedentes de tabagismo de 38UMA e internamento recente para realização de colecistectomia. Admitida no SU por tosse seca, dispneia em repouso, ortopneia com intolerância ao decúbito dorsal, DPN, palpitações e edemas dos membros inferiores. Ao exame físico apresentava-se taquicárdica, polipneica, com TVJ a 45º, crepitações inspiratórias bi-basais e bordo hepático palpável 4cm abaixo do rebordo costal direito, doloroso à palpação profunda, com RHJ positivo e edemas até ao terço superior dos membros inferiores. Dos exames complementares de diagnóstico efectados salientou-se a presença de hipoxemia na gasimetria arterial, elevação de parâmetros inflamatórios, elevação de D-Dímeros, hipertiroidismo (TSH <0.001) e a presença de um infiltrado peri-hilar bilateral na radiografia de tórax. Em contexto de urgência, realizou ecocardiograma que revelou dilatação ligeira das cavidades direitas, hipocinesia da parede livre do ventrículo direito com mobilidade anormal do anel da válvula tricúspide, compromisso ligeiro da função ventricular esquerda com hipocinesia do septo interventricular, sem achados inequívocos de hipertensão pulmonar. Realizou angio-TC de tórax que excluiu a presença de TEP e revelou a presença de algumas áreas de densificação em vidro despolido, alguns micronódulos centrilobulares dispersos, podendo traduzir um processo inflamatório bronquiolar. Foi internada por pneumonia adquirida na comunidade, insuficiência cardíaca aguda e hipertiroidismo sintomático. Da consulta do processo clínico verificou-se já no internamento prévio para realização de colecistectomia (>15 dias de evolução) apresentava uma frequência cardíaca de 120-140bpm. Cumpriu antibioterapia, terapêutica diurética e eutiroideia com reversão progressiva dos sintomas e teve alta assintomática. O caso acima ilustrado evidencia exemplos de patologias muito frequentes na prática clínica, subvalorizados como factores precipitantes de insuficiência cardíaca.

PO-03-18

PERDA DE CONSCIÊNCIA - QUE DIAGNÓSTICO?

Mafalda Costa Pereira, Susana Sousa, Cristina Marques, Teresa Pinto, Albino Santos, Luis Moura, Alexandre Lima Carneiro
MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE; CARDIOLOGIA, HOSPITAL PEDRO HISPANO; RADIOLOGIA, SMIC BOAVISTA

Os tumores cardíacos primários são raros, frequência de 0.001-0.3% em autópsias, muito menos frequentes que as metástases. Os sintomas correspondem a obstrução intracardíaca e embolização, e em situações mais graves arritmia e morte súbita. São mais frequentes os mixomas benignos; entre os malignos os sarcomas são mais comuns. A caracterização imagiológica é essencial ao diagnóstico. Apresenta-se mulher de 27 anos, activa. Diabetes Mellitus (DM) tipo1, várias admissões hospitalares em estado comatoso por cetoacidose diabética (CAD), necessidade de fluido e insulinoterapia por catéter venoso central (CVC). Sem lesão de orgãos alvo ou albuminúria. Medicada com insulina e anticoncecional oral (ACO). Após estabilização referia episódios de lipotímia relacionada com ortostatismo, com 2 meses de evolução. O ecocardiograma (eco) mostrou uma massa na veia cava superior e outra na auricula direita, predominantemente hiperecogénicas, a última atapetando o anel tricúspide, sugerindo mixomas (no eco-transtorácico) e sarcomas ou metástases (no eco-transesofágico). A ressonância magnética evidenciou hipossinal em relação ao miocárdio sem captação de contraste sugerindo o diagnóstico de trombos e adiccionalmente presença de pequenos defeitos luminais nos ramos inferiores das artérias pulmonares. O ecodoppler venoso dos membros foi normal, o estudo pró-trombótico negativo, a angio-TC confirmou tromboembolismo pulmonar. A doente foi medicada com Varfarina com posterior resolução do quadro. Além do risco associado ao ACO, a DM é um factor assumido e a CAD é cada vez mais reconhecida como causadora de hipercoaguabilidade por alteração da dinâmica da coagulação, sobretudo na presença de síndrome hiperosmolar hiperglicémica. Por outro lado, a trombose associada a CVC é de conhecimento comum, tendo sido descrito maior risco na presença de CAD. A profilaxia trombótica tem sido enfatizada nestas situações.

PO-03-20

TROMBOSES ARTERIAIS E VENOSAS - FACTORES DE RISCO, LEITOS VASCULARES INVULGARES E NECESSIDADES TERAPÊUTICAS

Mafalda Costa Pereira, Susana Sousa, Cristina Marques, Teresa Pinto, Maria Luz Dobao
MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE; IMUNOHEMOTERAPIA, CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE

A tríade de Virchow (estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoaguabilidade) favorece a trombose venosa, sendo mais comum a trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). Anticoncecionais orais (ACO), catéteres venosos centrais (CVC), distúrbios mieloproliferativos e albuminúria com risco quer arterial quer venoso, podem contribuir para tromboses em locais invulgares. Tem sido demonstrado também que alguns fatores de risco arterial se associam a tromboembolismo (TE) venoso. Fármacos antitrombóticos dependem do leito vascular, constituição do trombo (plaquetas/fibrina/eritrócitos) e objetivos de profilaxia ou terapêutica. Apresentam-se 4 casos. Homem, 63 anos. Tabagismo, Cardiomiopatia dilatada (CMD) isquémica, Insuficiência cardíaca com depressão severa da função sistólica (ICdFS). Dor súbita no flanco direito e lesão renal aguda. Angio-TC abdominal - trombose da artéria renal direita. Imunologia negativa para S. antifosfolipídico. Neste caso a CMD com ICdFS, potencial causa de TE, indica hipocoagulação com Varfarina cronicamente. Mulher, 26 anos. Diabetes tipo 1 mal controlada e uso de ACO. Admitida por cetoacidose diabética, colocou CVC para fluido e insulinoterapia. Meses depois, com queixas de lipotímia, detetaram-se trombos na veia cava superior e auricula direita por RM-cardíaca; o angio-TC revelou TEP. Fez hipocoagulação com Varfarina 6 meses. Mulher, 80 anos. Policitemia Vera, Cor pulmonale, TVP prévia. Obstipação e dor abdominal. TC-abdominal - esplenomegalia e trombose da veia Esplénica, Mesentérica superior e Porta. Ficou hipocoagulada com Varfarina cronicamente. Homem, 24 anos. Fumador. Edema simétrico dos membros inferiores. Dor abdominal. Síndrome gripal prévio. Hipoalbuminemia grave, proteinúria nefrótica e hiperlipidemia. Excluido TEP e trombose de v.renal. Profilaxia com Enoxaparina; não iniciou antiagregante para realização de biópsia renal. A profilaxia foi mantida enquanto manteve S.nefrótico.

PO-03-21

HIPERTENSÃO ARTERIAL: O ASSASSINO SILENCIOSO! NEM SÓ O MIOCÁRDIO SOFRE...

Priscila Diaz, Sara Alves, Catarina Oliveira, Ana Maria Gonçalves
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Das patologias cardiovasculares que se manifestam com dor torácica, a dissecção aórtica aguda é que se associa a uma maior mortalidade. A hipertensão arterial é um factor predisponente importante, presente em 62-78% dos casos. Os autores apresentam o caso de um homem de 64 anos, melanodérmico, com antecedentes de hipertensão arterial, com mau controlo em ambulatório. Que recorreu ao Serviço de Urgência por dor precordial, tipo pressão, irradiando para o dorso, de instalação súbita durante a higiene, com cerca de duas horas de evolução. Sem outros sintomas acompanhantes. Ao exame objetivo à admissão pressão arterial (PA) 178/87mmHg, sem outras alterações de relevo. Analiticamente a destacar elevação marginal dos marcadores de necrose miocárdica (MNM): Troponina I 0.17 µg/L, CK 470 UI/L, Mioglobina 66 µg/L. ECG: Ondas T invertidas V4-V6. Admitido no Serviço de Medicina Interna por síndrome coronário agudo. No internamento com MNM em perfil descendente, mantendo PA de difícil controlo e desconforto epigástrico, sem relação com o esforço, com resposta parcial ao nitrato sublingual. Realizou coronariografia que revelou estenose no segmento distal da descendente anterior que desaparecia após administração de nitrato intracoronário, sugerindo doença vasoespástica. Manteve queixas de toracalgia em agravamento,.

referindo dor predominantemente na face lateral do hemitorax esquerdo, com irradiação ao dorso, adquirindo carácter constante. Associada a dispneia para pequenos esforços e palpitações. Sem elevação de MNM e com ecocardiograma relevando boa função sistólica global e segmentar. Realizou angioTC Torácico que revelou dissecção da aorta desde a metade distal posterior da crossa pelo menos até à aorta descendente abdominal. Transferido para o Serviço de Cirurgia Vascular, para correcção cirúrgica. O presente caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial, de duas entidades potencialmente fatais, cuja apresentação inicial poderá ser muito similar

PO-03-22

SÍNDROME DE TROUSSEAU E ENDOCARDITE NÃO INFECCIOSA – O EMBOLISMO LEVADO AO EXTREMO – CASO CLÍNICO

Patrícia Afonso Mendes, Ana Luísa Matos, Sílvia Monteiro, Francisco Gonçalves, Pedro Monteiro, Rui Pina, Mariano Pêgo, Armando de Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A E SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A síndrome de Trousseau (ST) é uma condição para-neoplásica rara caracterizada pela coagulação intravascular disseminada crónica associada tumores malignos. Caso clínico: Homem de 57 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dor lombar súbita com irradiação para a região inguinal e testículo esquerdo. A ecografia renovesical revelou litíase e discreta dilatação, tendo tido alta com analgesia por cólica renal. Voltou no dia seguinte com dor abdominal no hipocôndrio direito, calafrios e febre. No exame objectivo, apresentava ainda sopro aórtico e mitral de novo. Analiticamente havia elevação dos parâmetros inflamatórios e discreto aumento das enzimas hepáticas; ecografia abdominal sem alterações. Foi internado para terapêutica, desenvolvendo quadro de AVC parcial da circulação anterior direita. O ecocardiograma confirmou endocardite de válvulas nativas aórtica e mitral, iniciando antibioterapia com gentamicina e vancomicina. Durante o internamento houve rápido agravamento clínico e analítico, apesar da antibioterapia, com dor abdominal difusa, sobretudo no hipocôndrio direito, com irradiação para o membro inferior esquerdo, associada a sinais de choque. Nova ecografia abdominal revelou apenas pequenas lesões hipoecogénicas nodulares hepáticas, difíceis de caracterizar. Passados 2 dias a dor tornou-se mais intensa, estendendo-se ao flanco e hipocôndrio esquerdos, com defesa e Blumberg. A TC abdominal mostrou lesão neoplásica na cauda do pâncreas, enfarte esplénico, hepático e renal, metástases hepáticas e abcesso do músculo psoas esquerdo com 12cm. Hemoculturas e serologias negativas. Suspensa antibioterapia. Ao 17º de internamento apresentou também sinais de necrose do hallux direito, acabando por falecer. Conclusões: Apesar de rara, a endocardite pode estar associada à ST. Mesmo com anticoagulação, se não houver tratamento da causa subjacente, o desfecho da ST é rápido e fatal.

PO-03-23

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESQUERDA MULTIFATORIAL

Juliana Sá(1), Luís Patrão(2), Emanuel Correia(3), Davide Moreira (3), José Roberto Silva (2)
(1) CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, (2) CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, (3) CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Uma mulher de 54 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) apresentando quadro clínico de insuficiência cardíaca esquerda com agravamento progressivo ao longo da semana prévia. Antecedentes pessoais de tabagismo, medicada com ácido acetilsalicílico 150mg. No mês anterior teria realizado várias tomas de diclofenac 75mg por dor lombar. Realizou terapêutica médica dirigida com melhoria significativa tendo-se constatado, no decurso do estudo etiológico, anemia (Hg 4.1g/dL, VGM 52.7 fL). Realizou transfusão de duas unidades de concentrado de eritrócitos com estabilidade clínica, mas mantendo insuficiência respiratória parcial. Admitida a internamento, constatou-se ferropenia grave secundária gastropatia erosiva atribuída à toma de anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs), múltiplos divertículos no cólon, insuficiência mitral severa com fração de ejeção do ventrículo esquerdo deprimida e doença coronária de três vasos. Realizou reposição de ferro via endovenosa com resolução da anemia e foi referenciada para cirurgia. Foi sujeita a valvuloplastia mitral com implantação de dois pares de cordas e anel mitral, revascularização miocárdica da artéria descendente anterior e da artéria obtusa marginal. No pós-operatório apresentou Fibrilhação Auricular paroxística pelo que iniciou anticoagulação oral, a qual resultou em agravamento da anemia apesar da suplementação de ferro via oral e dos ajustes do fármaco anticoagulante – inicialmente varfarina e depois rivaroxabano. Ponderado o risco trombótico com o de agudização da insuficiência cardíaca optou-se pela antiagregação. Seis meses após mantinha-se sem anemia e assintomática. Discussão Este caso clínico constituiu um desafio no estudo etiológico de insuficiência cardíaca esquerda aguda, que se atribuiu a anemia secundária a ferropenia em contexto de gastropatia por AINEs numa doente com patologias valvular mitral e coronária graves desconhecidas previamente, sendo o tabagismo o seu principal fator etiológico primário.

PO-03-24

MIOCARDIOPATIA DILATADA POR PARVOVÍRUS 19: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sérgio Campos, Ana Marques, Rui Almeida, Manuela Ricciulli, Rosa Amorim, Julia Maciel
HOSPITAL DE SÃO JOÃO-SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

INTRODUÇÃO:A miocardite é clinica/patologicamente definida como ´inflamação do miocárdio´. A clinica vai desde sintomas inespecíficos sistémicos, ao choque cardiogénico e morte súbita. CASO CLÍNICO:Homem,26 anos,técnico de luz.Fumador de haxixe e tabaco.Set/2015,após amigdalite com necessidade de antibioterapia, iniciou quadro de dispneia de esforço, com recuperação espontânea posterior.Dez/2015 síndrome gripal que progride para dispneia de esforço, com intolerância às AVDs. Por agravamento dos sintomas, recorreu ao SU a 02/01/16. A entrada: taquicárdico, AP: algumas crepitações bilaterais dispersas. Analiticamente:PCR 22,7mg/dl; Trop.I 8441,5ng/ml e BNP 6200pg/ml, D-dímeros 1,04µg/ml. ECG: RS, BIRD. AngioTC: excluiu TEP; com cardiomegália, derrame pleural de pequeno volume e derrame pericárdico.ETT:VE ligeiramente dilatado, disfunção sistólica esquerda grave FE 20%, função direita preservada e derrame pericárdico de pequeno volume.Internado por ICC de novo por provável miocardite.RMC:VE com volumes aumentados e compromisso grave da função sistólica global. VD não dilatado com compromisso moderado/grave da contractilidade global. Realce tardio nos músculos papilares. Imunologia negativa.Cateterismo sem doença coronária; biópsia endomiocárdica: miocardite linfocítica. PCR no sangue e no fragmento positivo para PVB19, serologia positiva para IgM do PVB19.Fez IgGIV humana. Por vómitos e alterações de citocolestase,fez eco abdominal: hepatomegalia e trombose da veia porta.É anticoagulado com resolução do trombo.No internamento permaneceu assintomático, com fadiga e dispneia para esforços menos que ordinários. Evolução com estabilidade elétrica e hemodinâmica. Em 01/02/16 alta contra indicação médica. CONCLUSÃO: A miocardite é de etiologia frequentemente viral.O diagnóstico de presunção é clínico e atraves de MCDTs não invasivos, como ressonância magnética cardiovascular. A biópsia endomiocárdica continua a ser ´gold standard´ de diagnóstico definitivo.

PO-03-25

UM CASO DE VARIANTE INCOMUM DE MIOCADIOPATIA TAKOTSUBO

Marta de Sousa, André Casado, Alexandre Buinhas Marques, Isabel Esperança, Vanda Carmelo, Francisco Pereira Machado, João Sá
HOSPITAL DA LUZ - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Introdução: A Miocardiopatia de Takotsubo (MT), situação reversível, é caraterizada por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo (VE) em que a coronariografia exclui doença coronária e documenta acinésia apical ventricular com hipercontractilidade basal. Das 4 variantes incomuns da MT, no Takotsubo invertido existe inversão do padrão contráctil com hipocinesia da base, sem disfunção do segmento apical do VE. A hipótese mais aceite é a de efeito miocárdio-tóxico de uma sobrecarga catecolaminérgica. Está documentada relação com consumo de inaladores b2-agonistas. Objetivo: Relatamos um caso de uma variante incomum de MT. Resultado: Mulher de 60 anos, com antecedentes de doença de Graves, síndrome eosinofílico pulmonar e hipertensão arterial, medicada de acordo com estas patologias, salientando-se

inaladores beta2-agonista. Iniciou quadro de febre, tosse produtiva e dispneia, com uso de elevada dose de broncodilatadores. No dia seguinte por grave prostração e precordialgia, foi trazida ao Serviço de Urgência. Destaca-se objetivamente polipneia e broncospamo e gasimetira com acidemia respiratória grave. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos por necessidade de ventilação mecânica invasiva. Analiticamente com troponina I (TnI) 3,06 ng/ml (pico 9,18 ng/ml) e electrocardiograma (ECG) com infradesnivelamento de segmento ST em V2-V3. O ecocardiograma transtorácico (ETT) revelou acinésia basal e mediana do septo anterior com função sistólica global (FSG) diminuída. A coronariografia mostrou coronárias sem lesões e a ventriculografia com acinésia dos segmentos médio e basais de todas as paredes com contractilidade preservada do cone apical. Evoluiu favoravelmente com normalização da TnI, ECG e ETT sem alterações da contractilidade e FSG conservada. Conclusão: O presente caso mostra a importância da suspeita clínica para o diagnóstico de uma patologia reversível, de bom prognóstico com terapêutica de suporte e que pode apresentar-se de forma menos típica.

PO-03-26

MENINGITECOMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Andreia Araújo, Julia Manuel, Catarina Neto, José Pedro Andrade, Margarida Cabrita
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - MEDICINA INTERNA III B

As complicações neurológicas estão presentes em 30% dos doentes com Endocardite Infeciosa (EI) sendo a meningite uma complicação rara. Uma vez, que a valvulopatia reumática, já não é o substrato mais comum para a EI, nos doentes idosos, a presença de alterações neurológicas não só dificulta o diagnóstico atempado, como compromete o seu prognóstico. Apresenta-se o caso clínico de uma doente de 55 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por febre alta e agitação psicomotora. No exame neurológico, em SCG 11; muito agitada, não colaborante e não verbaliza; sem sinais de irritação meníngea; pupilas isocóricas e isoreativas; sem reação ocular à ameaça; mobilização dos membros; Babinsky bilateral. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados. Tomografia de Crânio sem alterações. Líquor acelular com ligeira proteinorraquia. Após avaliação pela Neurologia, ficou internada com diagnóstico de Meningoencefalite e iniciou terapêutica tripla com Aciclovir, Ceftriaxone e Ampicilina. Durante o internamento as hemoculturas positivaram para Staphyloccocus aureus e por recrudescência da febre, confusão mental e insuficiência cardíaca aguda de novo, foi transferida para unidade de monitorização contínua. Realizou Ecocardiograma transesofágico com vegetações em válvula aórtica com regurgitação grave. Para exclusão de êmbolos sépticos realizou TC-Crânio que mostrou lesão parenquimatosa de provável etiologia infeciosa. RM Crânio: coleções abcedadas de pequenas dimensões, coleção provavelmente fleimonosa a evoluir para abscesso. Assistiu-se melhora clínica e neurológica progressiva. Clinicamente bem à reavaliação após 2 meses. A meningite ou reação meníngea, como complicação neurológica da EI, ocorre em 2 a 20% dos casos e é considerada rara, quando comparada a outras complicações neurológicas. O quadro clínico de meningite pode ser a única manifestação inicial, como foi nesta paciente, podendo levar ao atraso do diagnóstico.

PO-03-27

JUSTIFICA-SE DOSEAR A TSH EM TODOS OS DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Joana Urzal, João Bicho Augusto, Miguel Borges Santos, Iuri Correia, David Roque, Maria Silva, Jorge Castro, Jemima Sala, Alexandra Faustino, Margarida Branco, Fernando Aldomiro, Carlos Morais
HOSPITAL PROF DOUTOR FERNANDO FONSECA

À luz das recomendações atuais, o rastreio da função tiroideia com doseamento de hormona estimulante tiroideia (TSH) está recomendado em todos os doentes com fibrilhação auricular (FA) de novo, para exclusão de hipertiroidismo. Esta abordagem tem vindo a ser contestada, sendo que alguns autores recomendam o doseamento apenas em doentes com história clínica relevante (história de acidente vascular cerebral [AVC], hipertensão arterial [HTA] ou doença tiroideia prévia). Avaliar a utilidade da determinação da TSH em doentes admitidos num Serviço de Urgência (SU) com o diagnóstico de FA e avaliar o peso de cada uma das variáveis (história clínica relevante) na probabilidade de diagnosticar hipertiroidismo. Análise retrospetiva de todos os doentes admitidos no SU de uma área urbana com o diagnóstico de FA num período de 12 meses. Identificaram-se aqueles em quem foi doseada a TSH no internamento, definindo-se como valor baixo de TSH <0.47 mUI/L. Para a análise dividiram-se os doentes em: grupo 1 (todos os doentes com doseamento da TSH) e grupo 2 (doentes com história clínica relevante e doseamento da TSH). Avaliou-se o peso de cada uma das variáveis do grupo 2 por regressão logística múltipla. Foram admitidos no SU 423 doentes com o diagnóstico de FA de novo, e destes, 183 tinham um doseamento da TSH. A idade média foi de 71.5±13.6 anos e 38,8% eram do sexo masculino. Objectivou-se uma TSH baixa em 20 doentes do grupo 1 (10.9%) e em 17 do grupo 2 (14.3%). Em análise multivariável, apenas a história prévia de doença tiroideia foi preditora independente de TSH baixa (p=0.036; Odds Ratio-3.2; Intervalo de Confiança- 95%:1.1–9.3). Se fosse avaliada a TSH no grupo 2, 3 doentes (4.7 %) com TSH baixa não teriam sido identificados. A incidência de TSH baixa em doentes que se apresentam no SU é de 11%. A restrição do doseamento da TSH num grupo selecionado (HTA, AVC ou doença tiroideia prévia) pode impedir a identificação de alguns doentes com alteração da função tiroideia.

PO-03-28

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PROVOCADA, OU ALGO MAIS?

Ricardo Paquete Oliveira, Ana Furtado, Isabel Amorim Ferreira, Bruno Grima, José Delgado Alves
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

O tromboembolismo venoso, que inclui a trombose venosa profunda e o tromboembolismo pulmonar, é uma entidade frequente com morbilidade e mortalidade significativas. Entre os vários factores de risco conhecidos, existe o grupo das trombofilias, que pode estar presente em mais de 50% dos casos. Apesar do seu diagnóstico ser cada vez mais frequente, não existe consenso relativamente ao risco associado e esquema terapêutico. Apresentamos o caso de um homem, 31 anos, caucasiano, apenas com antecedentes cirúrgicos (hernioplastias inguinais e abdominal), sem antecedentes familiares de relevo (incluindo trombofilicos), internado no nosso serviço com o diagnóstico de trombose venosa profunda femoro-popliteia direita. Da história clínica obteve-se a informação de que teria sido submetido 15 dias antes a uma cirurgia estética, com colocação de implante de silicone na região gemelar direita. Teve alta medicado com rivaroxabano na posologia habitual. Do estudo de trombofilias apurou-se anticoagulante lúpico positivo em 2 ocasiões separadas por 14 semanas (a primeira com razão de 2.4, antes de iniciar anticoagulação, a 2ª com razão 2.1, sob rivaroxabano), com anticorpos anti-cardiolipina e anti-beta2 glicoproteína negativos. Tinha ainda diminuição da resistência à proteína C activada (1.2, para um normal > 2.5), com o teste genético a confirmar a presença de mutação de Leiden em heterozigotia. Atendendo à coexistência destas duas trombofilias (mutação factor V de Leiden e síndrome de anticorpos anti-fosfolipidos) e, apesar de ter havido um factor provocador associado ao evento trombótico, optou-se por iniciar e manter indefinidamente anticoagulação com varfarina. Este caso ilustra a necessidade de considerar a presença de trombofilia nos eventos tromboembólicos venosos, mesmo quando é identificado um agente provocador. Mostra também que a decisão de terapêutica, relativamente à anticoagulação usada e sua duração, nem sempre é linear.

PO-03-29

SÍNDROME DRESS E ENDOCARDITE AGUDA BACTERIANA PRECIPITADAS PELO ALOPURINOL

Nuno Cordeiro Raposo, Rita Gameiro, Vanda Jorge, Ana Catarina Rodrigues, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A endocardite bacteriana é uma doença fatal quando não reconhecida e controlada em tempo útil. Os autores apresentam o caso de um homem de 75 anos, com história de hipertensão arterial, dislipidémia e osteoartrose, internado por um exantema morbiliforme generalizado e muito pruriginoso, com

escoriações da pele por coceira. Destacava-se o inicio de terapêutica para hiperuricemia assintomática com alopurinol um mês antes. Analiticamente apresentava eosinofilia, lesão renal aguda e elevação das aminotransferases. Admitiu-se uma síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), iniciando prednisolona com remissão das lesões e melhoria analítica. Ao oitavo dia de internamento começou com febre e isolou-se Staphylococcus aureus meticilina-sensível em hemoculturas. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico endovenoso, mas persistiu com febre e positividade das hemoculturas. O ecocardiograma transesofágico documentou vegetação na válvula mitral. Após medicação com gentamicina e flucloxacilina, verificou-se uma evolução clínica e ecocardiográfica muito favorável. As reações cutâneas de hipersensibilidade ao alopurinol são frequentes e o fármaco não deve ser prescrito a doentes com hiperuricemia assintomática. A infeção secundária das lesões cutâneas funcionou como porta de entrada para microrganismos comensais da pele que, combinada com a corticoterapia, criou as condições propícias para a implantação da bactéria numa válvula mitral nativa estruturalmente normal. Deste modo, os autores pretendem alertar para síndromes febris agudos de instalação nosocomial potencialmente graves e para a necessidade de uma prática clínica criteriosa e sensata.

PO-03-30

UM CASO DE ENDOCARDITE INFECIOSA COM QUADRO NEUROLÓGICO AGUDO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL

Maria João Vieira, Miguel Alves, Nuno Craveiro, Kevin Domingues, Beatriz Saldanha Santos, Cátia Costa, Margarida Leal
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

Introdução: Apesar das manifestações neurológicas em doentes com Endocardite Infeciosa (EI) serem frequentes, a presença de abcessos cerebrais é uma complicação rara, afetando a terapêutica e conferindo um pior prognóstico. Caso Clínico: Mulher, 55 anos, caucasiana. Antecedentes de obesidade, dislipidémia e diabetes mellitus tipo 2. Recorre ao serviço de urgência com queixas de febre associada a alteração aguda da acuidade visual, da fala e do estado de consciência, com 12 horas de evolução. Exame neurológico com alteração do estado mental, sinais meníngeos duvidosos e sinal de Babinski bilateral. À admissão salienta-se elevação marcada da proteína C reactiva, com leucograma normal. Análise de líquido cefalorraquidiano com achados inespecíficos e TC-cranioencefálico sem alterações, o que motiva o internamento com diagnóstico presuntivo de meningoencefalite vírica. Por manutenção do quadro clínico, aumento dos parâmetros inflamatórios e hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus meticilino-sensível inicia antibioterapia. Ao 18º dia de internamento inicia quadro de insuficiência cardíaca com derrame pleural bilateral, edemas periféricos e aumento do BNP. Realiza ecocardiografia transtorácica e transesofágica que documentam insuficiência aórtica moderada e imagem filiforme na válvula aórtica compatível com vegetação. É então transferida para o serviço de Cardiologia por EI da válvula aórtica. Realiza angio-TC cerebral que revela lesões compatíveis com microabcessos intraparenquimatosos, confirmados por RMN cranioencefálica. A doente inicia terapêutica com linezolide, tendo alta ao fim de 65 dias de internamento, assintomática. Discussão: Os autores pretendem evidenciar que as complicações neurológicas de endocardite infeciosa podem ser a primeira manifestação desta entidade. O diagnóstico pode representar um desafio, salientando-se a necessidade de manter um elevado nível de suspeição, um seguimento clínico apertado e uma avaliação imagiológica seriada.

PO-03-31

O IMPACTO DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR NO RISCO DE MORTE EM DOENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Carlos Marques, Isabel Barahona, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, SERVIÇO DE MEDICINA 2

INTRODUÇÃO: A prevalência da fibrilhação auricular (FA), no mundo desenvolvido, é de cerca de 2%. Sabe-se que a incidência desta patologia aumenta com a idade, conferindo um risco aumentado de quatro a cinco vezes de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico e morte. O tratamento farmacológico de eleição, na prevenção de eventos cardioembólicos, é anticoagulação oral (ACO), reduzindo o AVC até 64%. Com este trabalho os autores analisaram a sobrevivência após AVC isquémico em doentes internados com FA, num hospital distrital. MÉTODOS: Foram analisados os processos clínicos de 1877 doentes internados com AVC isquémico de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014. Retirou-se informação relativamente ao diagnóstico e tratamento farmacológico prévio da doença (FA). Analisaram-se, através de regressão logística, dois grupos de pacientes com e sem FA (n=405 e 1472 respectivamente). RESULTADOS: De um total de 258 mortes (13.75%) em doentes com AVC isquémico: 74 mortes (18.27%) tinham FA e 184 mortes (12.50%) ocorreram em indivíduos sem FA. Apenas 17.57% se encontravam sob ACO. A presença de FA (OR 1.38, IC95%: 1.02-1.86) e a idade (OR 1.04, IC95%: 1.02-1.05) foram associadas a um aumento de risco de morte após AVC. CONCLUSÕES: Após constatação do maior risco de morte por AVC isquémico em doentes com FA, verificou-se que apenas uma pequena proporção de doentes se encontrava sob ACO. Urge aumentar o número de doentes sob ACO com vista à prevenção de morte em doentes com FA.

PO-03-32

SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA EM IDADE JOVEM

Ana Vera Marinho, Sofia Mendes, Francisco Gonçalves, Mariano Pêgo
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA- CARDIOLOGIA

Introdução A doença coronária é uma entidade que afecta sobretudo indivíduos com mais de 40 anos, contudo também pode atingir as faixas etárias mais jovens. A Síndrome do anticorpo antifosfolipídico (SAP) é uma doença autoimune sistémica caracterizada pela presença de anticorpos anti-fosfolipidos, trombose vascular e abortos de repetição. Caso clínico: Doente do género feminino, 32 anos de idade, recorreu ao serviço de urgência por epigástrica com uma hora de evolução, náuseas e hipersudorese. A doente tinha antecedentes de trombose venosa profunda, um aborto espontâneo e era fumadora activa. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. O ECG mostrou: ritmo sinusal FC~100bpm, inversão da ondaT em DII, III e aVF. Analiticamente: Troponinal=2,63ng/dl(N<0,017), mioglobina=415ng/dl(N9-82); CKMB=43,4ng/dl(N<3,6). A doente foi internada com o diagnóstico de SCA sem supra de ST. Cateterismo mostrou oclusão total da artéria coronária direita apos a origem, tendo sido realizada angioplastia com implantação de 2 stents farmacológicos. Do estudo complementar realizado: Colesterol Total=163mg/dl; Triglicerideos=90mg/dl, HDL=44mg/dl, LDL=101mg/dl, HbA1C=5,5%. Inibidor lúpico positivo. Auto-imunidade positiva para Anti-SSA. Discussão: O estudo realizado foi compatível com o diagnóstico de SAP. As manifestações cardíacas do SAP incluem mais comumente alterações valvulares. A existência de uma associação entre SAP e doença isquémica é mais controversa contudo também tem sido descrita. Os anticorpos antifosfolipidios podem desempenhar um papel na ateroesclerose acelerada observada no SAP, que está relacionado com a sua capacidade de induzir activação endotelial. Conclusões: Os autores apresentam o caso de um doente jovem sem a plêide clássica de factores de risco para doença coronária com um EAM com total oclusão de uma artéria coronária. Salienta-se a necessidade de considerar doenças sistémicas como o SAP nos casos de SCA em idade jovem.

PO-03-33

UMA CAUSA RARA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Patrícia Carneiro, João Carvalho, Bárbara Lobão, Eugénio Dias, Sónia Serra, Villa de Brito
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, HOSPITAL DE SÃO BERNARDO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é uma das causas mais comuns de mortalidade hospitalar e a pesquisa da sua etiologia é de evidente importância pois determina a estratégia terapêutica a seguir, nomeadamente no que se refere à anticoagulação. Os autores apresentam o caso de uma jovem de 19 anos, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por início súbito de toracalgia direita, de tipo pleurítico, associada a quadro de duas semanas de evolução de dor e tumefação nos 2/3 proximais do membro superior direito (MSD) e

parestesias da mão homolateral, motivo pelo qual tinha já recorrido por duas vezes ao SU, tendo tido alta com terapêutica analgésica. De antecedentes pessoais salientava-se a medicação anticoncepcional, hábitos tabágicos ligeiros e seguimento em Nefrologia por patologia renal em estudo, com contra-indicação relativa à realização de exames com contraste endovenoso. Foi realizado Ecodoppler que revelou trombose venosa superficial e profunda do MSD e Radiografia de tórax com opacificação em cunha no lobo inferior direito, admitindo-se o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e iniciando-se terapêutica de anticoagulação. O estudo etiológico do processo trombótico com ecocardiograma, estudo da coagulação e autoimunidade não resultaram em qualquer achado positivo relevante. Da anamnese detalhada, apurou-se que a doente era dextra e praticante regular de Taekwondo, o que levou ao diagnóstico de Síndrome de Paget-Schroetter como causa do TEP. Este síndrome designa a trombose da veia subclávia provocada por esforço do membro superior e consiste no estiramento da parede da veia, geralmente por movimentos repetidos de retroversão, hiperabdução e extensão, que causam microtraumas endoteliais e levam à activação da cascata de coagulação. É raramente diagnosticado mas calcula-se que seja a causa de 10 a 20% das tromboses venosas dos membros superiores e a suspeição e tratamento atempados poderão evitar a evolução para tromboembolismo pulmonar.

PO-03-34

HEMATOMA ESPONTANEO DA PAREDE ABDOMINAL

Maria João Serpa, José Francisco Júnior, Susana Franco, Paula Peixinho, Vera Silveira, Olga Pereira, João Pinto, Teresa Padrão, Claúdia Meireles, Catarina Gouveia, Vasco Evangelista, Raquel Almeida, Cristiana Gonçalves, Andreia Carlos, Sandra Simões, Antó
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Apresenta-se um caso de uma doente de 88 anos, autónoma, com história de hipertensão arterial; de cardiopatia isquémica e hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva classe II da NYHA, de fibrilhação auricular, hipocoagulada com dabigatrano 110 mg bid, de diabetes mellitus tipo 2 não insulino-necessitante e de dislipidémia. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de esforço em crescendo, acompanhada de ortopneia e edema periférico com uma semana de duração. Concomitantemente, referia dor abdominal periumbilical direita, que terá iniciado após levante, tipo moinha, contínua, intensidade 4/10, sem irradiação ou factores de alívio ou agravamento. Objectivamente apresentava turgência jugular, fervores de estase, edema periférico e uma massa fixa, de 4 cm, localizada no hipogastro, de consistência dura e dolorosa à palpação. Analiticamente é de realçar discreta trombocitopenia com coagulação alterada. A ecografia abdominal revelou massa na região hipogástrica direita, 50 x 31 x 17 mm, predominantemente hipoecogénica, em relação com os músculos rectos abdominais, tendo o estudo tomodensitométrico revelado aumento volumétrico do recto abdominal direito, ocupado por área heterogénea, confinada ao plano muscular, espontaneamente hiperdensa na avaliação pré-contraste e sem clara captação de contraste, numa extensão de 10 cm x 4,6 de maior diâmetro axial, com um volume estimado de 340 cc, compatível com hematoma. Esta complicação hemorrágica espontânea da hipocoagulação obrigou à sua interrupção. CONCLUSÃO: Apesar da hipocoagulação ser uma medida eficaz na prevenção do risco cardioembólico, os autores fazem uma reflexão sobre o risco acrescido ou calculado da hipocoagulação em doentes octagenários.

PO-03-35

UM CORAÇÃO DO TAMANHO DO MUNDO

João Melo Alves, Sérgio Baptista, Pedro Moraes Sarmento, Alexandre Marques, Daniel Ferreira
HOSPITAL DA LUZ, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Feminino, 82 anos. Recorreu ao serviço de urgência por astenia. Quadro com 4 dias de evolução de cansaço para pequenos esforços, ortopneia e anorexia marcada. Antecedentes pessoais de cardiopatia valvular não especificada, sem indicação cirúrgica [sic], diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. À admissão com bradicárdia sinusal, diminuição global do murmúrio vesicular e edema simétrico dos membros inferiores. Radiografia torácica com índice cardiotorácico de 100%. Admitida na UCI por bloqueio aurículo-ventricular completo (BAVC) e disfunção renal grave com hipercalémia com necessidade de suporte vasopressor e dialítico. Reversão do BAVC com correção da hipercalémia, desmame progressivo dos suportes. Ecocardiograma transtorácico revela hipertensão pulmonar grave com pressão sistólica da artéria pulmonar 131mmHg, marcada dilatação biauricular (predomínio direito) com função e volumes biventriculares conservados. AngioTC mostra cardiomegália com exuberante dilatação da aurícula direita, sem evidência de tromboembolismo pulmonar ou alterações do parênquima pulmomar. Provas de função respiratória com padrão misto restritivo e obstrutivo sem resposta à broncodilatação, em provável relação com cardiomegália. Ecografia tiroideia sem alterações patológicas, função tiroideia normal. Marcha diagnóstica não apura doenças cardíaca esquerda, pulmonar, trombembólica ou sistémicas com relação etiológica clara com achados, assumindo-se cardiopatia estrutural decorrente de hipertensão pulmonar idiopática grave.

PO-03-36

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, A IMPORTÂNCIA DE SABER A CAUSA

Isabel de la Cal, Pedro Lito, Diana Abreu, José Proença, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

OBJETIVOS: O Tromboembolismo Pulmonar(TEP) é a terceira doença cardiovascular mais frequente e importante causa de mortalidade. Pretende-se com este trabalho relembrar a importância de identificar os fatores de risco que predispõem a sua ocorrência. MÉTODOS: Apresentam-se dois casos de TEP observados num internamento de medicina interna e num internamento de cardiologia, respetivamente. O primeiro é um homem de 69 anos, que recorre ao serviço de urgência (SU) com quadro de início súbito de dor torácica opressiva, não irradiada e sem relação com os movimentos acompanhado de dispneia, sem outras queixas associadas. Tratava-se de um doente com uma fratura alinhada no 1º metatarso do pé esquerdo imobilizada mediante um gesso há um mês, sem outros antecedentes de relevo nem medicação em uso. O segundo trata-se de um homem de 63 anos de idade trazído ao SU por queixas de dor torácica pleurítica, hemoptises e dispneia ligeira de 1 semana de evolução, sem outras queixas. Tinha antecedentes de HTA e FA estando medicado com Metoprolol 100mg id e Dabigatrano 110 mg 2id. Teria suspenso o Dabigatrano por decisão própria dado o aparecimento de hemoptises. RESULTADO: No primeiro caso a angio-TAC torácica confirmou a TEP maciça, realizando trombólise, iniciando terapêutica anticoagulante com enoxaparina inicialmente e depois com varfarina durante 6 meses. A ECO-doppler dos membros inferiores evidenciou uma trombose da veia gemelar à esquerda. No segundo caso a angio-TC torácica mostrou sinais de TEP bilateral. Medicou-se com enoxaparina e fez-se o switch do Dabigatrano para Varfarina, programando-se consulta de Inmunohemoterapia para estudo de possível trombofilia associada. CONCLUSÕES: Identificar a presença de fatores de risco persistentes em oposição a fatores de risco temporários pode orientar a decisão relativamente à duração de uma terapêutica com anticoagulantes após o primeiro episódio de TEP.

PO-03-37

A PROBLEMÁTICA DA ANTICOAGULAÇÃO NA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Joana Santos, Maria Inês Ribeiro, Renato Cunha, Susana Escária, Vasco Neves, Vera Sarmento, Manuel Amoedo, Tereza Veloso, Conceição Barata
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E.

A anticoagulação (AC) em pacientes com endocardite infeciosa (EI) é um desafio devido aos riscos embólicos e hemorrágicos desta patologia. Embora não seja recomendada a instituição de terapêutica anticoagulante na EI, muitos dos pacientes têm indicação para a mesma devido à presença concomitante de outras patologias. Homem de 77 anos, com antecedentes pessoais de HTA, fibrilhação auricular (FA) sob dabigatrano (110mg bid), portador de pacemaker há 7 meses e fumador de 60 UMA. Com quadro de astenia marcada com 6 meses de evolução e, no último mês, anorexia com emagrecimento de 10kg e alteração do trânsito gastro-intestinal com alternância entre diarreia e obstipação. Ao exame objetivo apresentava palidez cutânea e sopro sistólico no foco mitral, com irradiação para a axila, grau III/VI. Analiticamente destacava-se anemia microcítica e hipocrómica, leucocitose de 18900 com neutrofilia de 84.5% e PCR de 20.9mg/dL. Perante a hipótese diagnóstica de endocardite infeciosa, foi

realizado ecocardiograma transtorácico que revelou regurgitação mitral moderada a grave. O doente foi internado mantendo AC com enoxaparina (1mg/kg bid). Nas hemoculturas identificou-se o agente Enterococcus faecalis e o ecocardiograma transesofágico mostrou vegetação da válvula mitral, tendo sido iniciada antibioterapia dirigida com melhoria clínica e laboratorial progressiva. No 17º dia de internamento por cefaleia de instalação súbita, holocraniana, de intensidade 10/10 seguida de alteração do estado de consciência, realizou tomografia computorizada craneoencefálica que mostrou lesão compatível com acidente vascular cerebral hemorrágico, na sequência do qual o doente faleceu. Este caso clínico ilustra a problemática da AC nos doentes com EI e FA. A maioria dos especialistas, nesta situação, recomenda a terapia anticoagulante com um score CHADS2-VASC2 ≥ 2. No entanto, como demonstrado, existe um aumento do risco hemorrágico que pode ser fatal, o que dificulta a decisão clínica neste cenário.

PO-03-38

DISAUTONOMIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

José Pedro Leite, Diana Gonçalves, Rafael Silva, Daniela Marado, Dilva Silva, Ana Figueiredo, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Introdução: A disfunção autonómica é uma entidade nosológica multissintomática de abordagem diagnóstica e terapêutica difíceis, particularmente quando associada a hipertensão. Caso Clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 62 anos de idade, sem antecedentes patológicos relevantes, seguida em Consulta por hipertensão arterial (HTA) de padrão não dipper com labilidade tensional marcada (hipotensão sistólica +/- 70mmHg de manhã e hipertensão sistodiastólica grau II/III à tarde e noite), sugerindo quadro de disautonomia. Foi internada para exclusão de causas secundárias de HTA e patologias associadas a disautonomia. Assim, foram excluídas alterações da função tiroideia, feocromocitoma, estenose da artéria renal, bem como causas metabólicas, auto-imunes e neoplásicas de disautonomia. Por HTA de padrão não dipper e história de sonilóquios, realizou polissonografia que os confirmou durante o sono REM, surgindo na sua maior parte sem atonia e fragmentado, sendo compatível com uma REM sleep behaviour disease (RSBD). A doente apresentava ainda hipomimia facial, lentificação ideomotora e adiadococinésia bilateral. Queixava-se de alterações de memória recente, com função visuo-espacial, executiva e de nomeação comprometidas no Montreal Cognitive Assessment Test. Realizou TC e RM, sem alterações significativas, e o vídeo-EEG não mostrou actividade paroxística. O quadro da doente é sugestivo de um síndrome parkinsónico com deterioração cognitiva associada . Encontra-se actualmente medicada com Isradipina 2.5mg 2id, Trazodona 150mg id e Clonazepam 1mg id. Para além do seguimento pela Medicina Interna, com ênfase na educação terapêutica para evicção de sintomas de hipotensão e compliance medicamentosa, é também acompanhada pela Neurologia. Conclusão: Este caso realça a dificuldade na abordagem da disfunção vascular autonómica numa doente hipertensa e na identificação da sua etiologia, não devendo ser esquecidas as patologias menos comuns na prática clínica do internista.

DOENÇAS RENAIS — LCD #3

PO-03-46

CASO CLÍNICO DE HEPATITE B CRÓNICA E SINDROME NEFRÓTICO

Nuno Gaibino, Joana Dinis, Daniel Costa Gomes, José António Lopes, Anabela Oliveira
CHLN - HOSPITAL DE SANTA MARIA

A infecção crónica por vírus da hepatite B (VHB) associa-se raramente ao desenvolvimento de complicações extra-hepáticas de etiologia imune como o Síndrome Nefrótico. Apresentamos o caso clínico de um doente do género masculino, 26 anos, raça negra, natural e residente na Guine-Bissau. Antecedentes de doença hepática não especificada, doença renal crónica estádio 2 e anemia de etiologia não esclarecida, medicado habitualmente com captopril 25mg e furosemida 40mg. História de internamento prolongado no pais de origem, aparentemente com quadro de ascite com necessidade de múltiplas drenagens evacuadoras, edema generalizado com progressão para anasarca. O doente referia ainda cansaço para pequenos esforços, dispneia e ortopneia. Analiticamente com hemoglobina de 9,9 g/dl, creatinina 1,30 mg/dL, ureia 54 mg/dL, albumina 2,5 mg/dL e proteinúria 10911 mg/24h. Das serologias para os vírus hepatotrópicos a destacar Ag-HBs, Anti-HBe e Anti-HBc positivos com restantes parâmetros negativos, assumindo-se possível infecção crónica por VHB, com uma carga viral de 1370 UI/ml. Painel imunológico sem alterações a destacar. Realizou ecografia renal sugestiva de diminuição da diferenciação parenquimocentral, com redução da espessura parenquimatosa, tendo sido complementado o estudo com biópsia renal, identificando-se sinais de glomerulosclerose segmentar focal (GSF). O doente iniciou terapêutica com enalapril 20mg, sinvastatina 20mg e entecavir 0,5mg (48/48h), dado o ajuste à função renal. Do followup aos 2 meses de terapêutica antiviral destaca-se a redução progressiva da proteinúria com valor mínimo de 3000 mg/24h, verificando-se ainda uma carga viral negativa. A infecção por VHB é uma causa reconhecida de síndrome nefrótico. Contudo, a histologia mais frequentemente encontrada não é a GSF. Neste caso particular, a terapêutica dirigida para a infecção VHB possibilitou não apenas o tratamento e estabilização da doença hepática bem como a reversão parcial do síndrome nefrótico.

PO-03-47

AMILOIDOSE SECUNDÁRIA A BRONQUIECTASIAS INFETADAS

Ana Novo, Ana Sousa Leite, Sara Freitas, Jorge Cotter
HOSPITAL DE GUIMARÃES

Apresenta-se uma doente de 69 anos com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, epilepsia, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Internada em Julho/2014 por insuficiência respiratória secundária a bronquiectasias infetadas. Cerca de 6 meses depois recorreu ao Serviço de Urgência por edemas nos membros inferiores, dispneia em agravamento e náuseas. Analiticamente apresentava insuficiência renal (creatinina 4,16mg/dL), acidose metabólica sem hipercaliemia, ecografia renovesical sem sinais de obstrução. No decorrer do internamento foi constatado síndrome nefrótico (proteinúria de 10g/dia), hipoalbuminemia severa tendo iniciado hipocoagulação com enoxaparina, VS 114 mm, auto-imunidade negativa, serologias e marcadores víricos negativos. Foi realizada biópsia da gordura abdominal e retosigmoidoscopia com biópsia rectal cujo resultado foi negativo para a coloração com vermelho de congo. O ecocardiograma transtorácico revelou uma boa função sistólica ventricular e disfunção diastólica grau I, sem alterações da cinética segmentar e sem evidência de hipertensão pulmonar. O restante estudo não mostrou outras alterações. Foi realizada biópsia renal que mostrou tratar-se de uma amiloidose. Está medicada com varfarina, ramipril 10 mg/dia, fenitoína 100 mg/2xdia, epoietina 12/12 dias, carbonato de cálcio e colecalciferol. Mantem neste momento orientação em consulta de Medicina Interna e Nefrologia. Apresentamos o caso de uma doente com amiloidose tipo AA provavelmente secundária a bronquiectasias infetadas.

PO-03-48

NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA À LEVOFLOXACINA

Maria Ferreira, Inês Bargiela, Cristina Duarte
HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA

A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma lesão renal aguda caracterizada por infiltrado inflamatório no interstício renal. É mais frequentemente induzida por fármacos, podendo estar também associada a patologias auto-imunes ou infecções com envolvimento renal. A NIA induzida por drogas deve ser admitida quando as alterações laboratoriais surgem com o início da toma de um fármaco, sobretudo se descrito como causador de NIA, como é o caso das quinolonas. Apresenta-se o caso de um doente de 45 anos, com antecedentes de asma, etanolismo crónico e alergia à penicilina, internado no Serviço de Urgência (SU) por pneumonia adquirida na comunidade ao qual foi iniciada antibioterapia empírica com levofloxacina no dia da admissão. Na altura destacava-se creatinina 0,69 mg/dl, ureia 31 mg/dl e exame sumário de urina sem proteínúria, leucocitúria ou hemoglobinúria. No dia seguinte, destacava-se agravamento da função renal com creatinina 2,5mg/dl e ureia 60mg/dl, sem qualquer

sintomatologia associada. No estudo excluiu-se baixo débito pela inexistência período de hipotensão arterial e causa pós-renal (ecografia renal e vesical sem evidência de obstrução). A reavaliação do exame sumário de urina revelou hematoproteinúria e leucocitúria de novo. Realizou ecografia renal que mostrou achados compatíveis com nefropatia médica. Após a revisão da terapêutica potencialmente nefrotóxica em curso foi assumida provável NIA à levofloxacina pelo que foi suspensa a sua administração. Verificou-se melhoria progressiva da função renal com normalização em 6 dias. Embora não estando descrito na literatura como habitual a ocorrência de NIA após toma única de levofloxacina, este caso ilustra essa possibilidade. É portanto essencial estar atento ao potencial efeito nefrotóxico de fármacos usados diariamente na prática clínica de forma a evitar e/ou corrigir possíveis iatrogenias.

PO-03-49

NEFROTOXICIDADE ASSOCIADA AO ACICLOVIR

Rodrigo Moraes, Maria Ferreira, Jandir Patrocínio, Marta Vaz, Marinela Major, Isabel Serra, Paulo Freitas
HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA

A lesão renal aguda (LRA) associada a fármacos representa 20% dos casos de LRA, chegando a atingir os 66% nos mais idosos. É caracterizada por uma alteração brusca da função renal indicada por um aumento abrupto da creaninina sérica, geralmente com relação temporal com a administração do fármaco em questão. A LRA é um dos efeitos adversos associados ao aciclovir sendo o principal mecanismo a nefropatia por deposição de cristais. Apresenta-se o caso de um homem de 65 anos com antecedentes de hipertensão arterial internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por estado de mal epiléptico não convulsivo e suspeita de meningoencefalite viral tendo sido medicado empiricamente com aciclovir na dose de 1,2g/dia e levetiracetam na dose de 2g/dia nos primeiros 5 dias e posteriormente 3g/dia. Ao 7º dia de terapêutica observou-se um aumento súbito da creatinina sérica (de 0,56 para 3,07mg/dl). Foi realizada ecografia renal que revelou achados sugestivos de nefropatia médica e exame sumário de urina que mostrou ausência de leucócitos e proteínas. Da avaliação destaca-se pressão arterial mantida ao longo do internamento, sem registos de hipotensão arterial e débito urinário preservado bem como ausência de outros fármacos potencialmente nefrotóxicos. O principal mecanismo de nefropatia associado ao aciclovir é a nefropatia obstrutiva por cristais, no entanto é importante excluir nefrite intersticial aguda e necrose tubular aguda, o que neste caso parece pouco provável pela análise da urina. Embora não dispondo da microscopia com luz polarizada para a visualização de cristais, foi assumido o diagnóstico de nefropatia por deposição de cristais associada ao aciclovir dada a história clínica e a relação temporal com a toma do fármaco. Apesar de ser um efeito adverso já descrito é muitas vezes desvalorizado na prática clínica pelo que devemos estar alerta para essa possibilidade no sentido de prevenir danos permanentes.

PO-03-50

APRESENTAÇÃO DESFAZADA NO TEMPO DE ALTERAÇÃO CONGÉNITA FREQUENTE EM DOENTE COM DOENÇA HEREDITÁRIA RARA

Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Susana Franco, Maria João Serpa, Teresa Padrão, João Pinto, João Figueira Coelho, Andreia Sofia Carlos, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

A duplicidade renal é das alterações congénitas mais frequentes deste órgão com uma incidência estimada de 0.7%, mas a sua identificação, apenas na idade adulta é rara, sendo esta habitualmente feita no decorrer de complicação infecciosa. Homem, 77 anos, com Atrofia Muscular de Kugelber-Welander, recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do volume abdominal, dor no flanco esquerdo, toracalgia pleurítica esquerda, negando alteração do trânsito intestinal, disúria, polaquiúria, tosse, expetoração ou febre. Ao exame objectivo: doente febril (Ttimp 38.7ºC), com estabilidade hemodinâmica, satO2 96% em ar ambiente, murmúrio vesicular diminuído nas bases dos hemitórax na auscultação pulmonar, abdómen globoso, com macicez no hipocôndio e flanco esquerdos, indolor à palpação. Análises: PCR 31.7mg/dL, sem leucocitose, função renal normal, leucocitúria. TC abdominal: aspectos compatíveis com duplicidade renal esquerda, com significativa ectasia do pielão inferior (15x14x12cm) com conteúdo sugestivo de processo infeccioso. Iniciou antibioterapia com piperacilina+tazobactam e colocou nefrostomia percutânea da unidade reno-ureteral inferior esquerda, com drenagem de conteúdo purulento. Isolada Escherichia coli produtora de beta-lactamases de espectro alargado tendo-se alterado antibioterapia para meropenem ao 3º dia. Apesar de normalização dos parâmetros de inflamação, ausência de drenagem pela nefrostomia e regressão completa da coleção em exame de imagem, 48h após término da antibioterapia (curso de 14 dias) o doente reiniciou febre e elevação dos parâmetros inflamatórios em relação com recorrência parcial da coleção infecciosa. Foi assim programada nefrectomia esquerda após novo curso de antibioterapia, tendo decorrido sem intercorrências e com pós-operatório e convalescença lineares. Não havendo correlação embriológica possível e sem descrição prévia na literatura, parece-nos meramente casual a associação de ambas as entidades.

PO-03-51

HIPOCOAGULAÇÃO E RISCO DE DOENÇA RENAL ATEROEMBÓLICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Lopes, Sofia Homem de Melo, Alzira Nunes, André Duarte, Márcio Ferreira, Manuela Sousa, João Frazão, Paulo Bettencourt
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO (CHSJ) – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E DE NEFROLOGIA

Introdução: A ateroembolização ocorre pela libertação de êmbolos de colesterol das placas ateroscleróticas, podendo causar oclusão vascular parcial ou total em vários tecidos e que poderá evoluir para isquemia tecidular, estando associada a manipulações vasculares, cirurgias, hipocoagulação e fibrinólise. Caso Clínico: Homem de 80 anos internado por lesão renal aguda não oligúrica, com antecedentes de hipertensão arterial controlada, linfoma não Hodgkin em remissão após quimioterapia, hipertrofia benigna da próstata sob terapêutica médica, tromboembolismo pulmonar há 3 meses sob hipocoagulação e uso recente de anti-inflamatórios. Na admissão, hipertenso e edemaciado, com diurese preservada e sem lesões de ateroembolismo, sedimento urinário sem alterações, tendo sido excluído um quadro infecioso e uropatia obstrutiva. Estudo imunológico negativo, imunofixação sérica sem gamapatia monoclonal, ecodoppler das artérias renais sem alterações e sem eosinofilia ou eosinofilúria. Manteve-se clinicamente estável, mas com aumento progressivo da ureia e creatinina plasmáticas e iniciou terapêutica de substituição da função renal ao 22º dia de internamento. Realizou biópsia renal: a primeira biópsia foi inconclusiva; na segunda biópsia renal, foram identificadas lesões compatíveis com êmbolos de colesterol. Neste contexto, foi decidido suspender a hipocoagulação e, após cerca de 8 meses de seguimento, o doente ainda se encontra em programa regular de hemodiálise. Conclusão: A doença renal ateroembólica é uma causa de lesão renal aguda a não esquecer em doentes idosos e com fatores de risco para embolização de colesterol, apresentando geralmente uma evolução sub-aguda de semanas ou meses após o evento embólico. No caso clinico apresentado, a hipocoagulação e a exclusão de outras possíveis causas de lesão renal aguda foram importantes na decisão de repetir a biópsia renal e que permitiu o diagnóstico definitivo.

PO-03-52

APARENTEMENTE UMA SIMPLES PIELONEFRITE AGUDA QUE OCULTAVA ALGO MAIS…

Inês Teles Grilo, Isabel Militão, Adelaide Moutinho, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores descrevem o caso de uma doente de 64 anos, com antecedentes de litíase renal e depressão. Apresentava-se com sintomas de lombalgia direita e náuseas, com 24horas evolução. Sem febre e sem sintomas urinários baixos. Objetivamente estava febril (39,3ºC), tinha desconforto à palpação abdominal e Murphy renal positivo à direita. Analiticamente não tinha leucocitose, a função renal era normal e a proteína C reativa era 4,0 mg/dL. O sedimento urinário tinha leucocitúria e hematúria, com nitritos negativos. Não se identificavam cálculos radiopacos na radiografia renovesical. Efetuou tomografia computorizada que mostrou um quisto complexo no rim direito com 32 mm com hiperdensidade periférica e parede mal definida. A doente colheu culturas e iniciou ceftriaxone

por suspeita de pielonefrite aguda direita/quisto renal infetado. Ao longo do internamento manteve-se febril e com parâmetros inflamatórios aumentados, com necessidade de escalar progressivamente o antibiótico. Não houve qualquer isolamento nas culturas. Realizou ressonância magnética (RMN) para melhor esclarecimento da imagem renal, a qual corroborou a presença de quisto complexo com componente hemorrágico/inflamatório/infecioso. Enquanto aguardava drenagem do quisto por Radiologia de Intervenção trocou-se a antibioterapia para ciprofloxacina por apresentar maior grau de penetração nos quistos renais, tendo-se verificado melhoria clínica e analítica. A doente manteve a ciprofloxacina por um total de 6 semanas e posteriormente foi reavaliada, apresentando-se assintomática e com RMN que demonstrava regressão da lesão. Com este caso clínico pretende-se alertar para a difícil penetração dos antibióticos nos quistos renais. Os agentes lipofílicos penetram mais consistentemente e, como tal, o uso de fluoroquinolonas tem uma maior difusão e uma melhor atividade bactericida. Se após 1-2 semanas de antibioterapia a febre persistir deverá ser ponderada a drenagem dos quistos infetados.

PO-03-53

TROMBOSE DA ARTÉRIA RENAL – 2 CASOS CLÍNICOS

Filipa Macedo, Filipa Pinho, Katia Ladeira, Catarina Nunes, Carlos Braga, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A trombose da artéria renal (TAR) é rara, sendo causa de 1% das lesões renais agudas. As principais etiologias são a trombo e a ateroembolia. A trombose in situ é rara. A embolização sistémica manifesta-se nas artérias renais em apenas em 2% dos casos e tem como causa mais comum a fibrilação auricular (FA). O tratamento da TAR não está bem definido mas inclui a anticoagulação oral, destinando-se as terapêuticas de reperfusão a casos seleccionados. Os autores descrevem 2 casos de TAR. Caso1: Homem, 49 anos, com dislipidemia e FA diagnosticada recentemente, sob varfarina. Apresentava dor lombar direita e febre. Ao exame físico (EF): apirexia, arritmia e murphy renal à direita. No estudo destacou-se: creatinina 1.7mg/dL, LDH 2652mg/dL, PCR elevada, leucocitose e eritrocitúria. ECG com FA. Tomografia computorizada (TC) abdominal; "rim direito hipocaptante na sua quase totalidade, em relação com enfarte". Caso2: Mulher, 75 anos, com lombalgia direita. Antecedentes de hipertensão arterial (HTA) e dislipidemia. Ao EF: murphy renal à direita e HTA. Analiticamente creatinina de 1.2mg/dL, elevação dos marcadores inflamatórios e da LDH. Sedimento urinário e ECG normais. A TC abdominal revelou trombo na artéria renal (AR) direita e múltiplas áreas hipodensas em quase todo o rim, compatíveis com enfarte. Holter manifestou FA. Em ambos os casos assumiu-se TAR de fonte cardioembólica e iniciou-se anticoagulação. Os desfechos clínicos foram dispares. No caso 1, 4 meses depois realizou renograma que evidenciou apenas 13% da função do rim direito apesar de função renal normal e no Caso 2 a TC de reavaliação realizado 1 mês depois revelou repermeabilização total da AR. O enfarte renal agudo requer alta suspeição clínica. Na presença de factores de risco para tromboembolismo, clínica sugestiva e LDH elevada, a TC abdominal com contraste deve ser realizada. O diagnóstico precoce é mandatório assim como o início de uma terapêutica eficaz que permita a preservação da função renal.

PO-03-54

RELAÇÃO CAUSA/CONSEQUÊNCIA – HÁ MAIS PARA ALÉM DAS INFECÇÕES!

António Ferreira, Edite Marques Mendes, Augusta Silva, Diana Guerra, Alfredo Pinto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1 - ULSAM

Introdução: As causas mais comuns de nefrite intersticial aguda (NIA) são reações a fármacos (71 a 92% dos casos). Podem ser assintomáticas ou manifestar-se por febre, exantema, disúria, alterações do sedimento urinário e função renal. A biópsia renal para diagnóstico definitivo pode ser dispensada em casos selecionados. O tratamento consiste na remoção do fator precipitante e, em alguns casos, corticoterapia. Caso Clínico: Homem, 84 anos, trazido ao SU por febre e eritema generalizado. Trata-se de doente hipertenso com doença renal crónica (pCr basal 2,0mg/dL). Um mês antes da admissão iniciou edema dos membros inferiores e foi medicado com furosemida oral. Resolução do edema, no entanto duas semanas antes da admissão iniciou lesões eritematosas nos cotovelos e joelhos associadas a prurido e febrícula. Agravamento progressivo do eritema, febre e disúria. Na admissão no SU apresentava-se febril (38.5ºC), normotenso, eritema cutâneo exuberante maculo papular confluente no tronco, dorso e mais disperso nos membros. Analiticamente com anemia (Hg: 10,6g/dL; VGM: 78fL); eosinofilia (674 células), pCreat: 3,39mg/dL, PCR: 5,8mg/dL e sedimento urinário com leucoproteinúria e nitritos positivos. Ecografia renal: nefropatia crónica. Colheu urocultura, iniciou ceftriaxone, suspensa furosemida pela suspeita de reação urticariforme/NIA e iniciou corticoterapia. Melhoria clínica com apirexia, resolução lenta do eritema e melhoria da função renal (pCr: 1.47mg/dL). Urocultura: E.coli. Optou-se por manter corticoterapia durante 3 semanas e substituída furosemida por metolazona. Na reavaliação em consulta com resolução das alterações cutâneas, sem anemia e função renal estável. Conclusão: No atual caso, apesar de clínica e sedimento urinário compatíveis com cistite, a relação temporal do inicio de furosemida com o exantema e eosinofilia permitiram o diagnóstico de NIA que levou à suspensão do fármaco agressor e terapêutica dirigida. Nas NIA a recuperação da função renal é comum.

PO-03-55

SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTI-DIURÉTICA – NEM SEMPRE É EVIDENTE

Julieta Ramalho, Inês Burmester, André, Santa Cruz, Paulo Gouveia, Maria João Regadas, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A hiponatremia é a alteração eletrolítica mais frequente na prática clínica hospitalar e reflecte uma alteração do balanço de água, com consequente diminuição da osmolalidade plasmática. A secreção inapropriada da hormona anti-diurética (SIADH) é uma das causas de hiponatrémia euvolémica. Objectivos: Relembrar a dificuldade no diagnóstico da SIADH, que por vezes pode ser mascarado por outras causas mais frequentes de Hiponatrémia. Método: Os autores apresentam um caso clínico com o objetivo de salientar as dificuldades na abordagem destes doentes complexos. Resultado: Mulher de 85 anos, com Artrite Reumatóide sob metotrexato; Fibrilação Auricular; Hipertensão Arterial; Insuficiência cardíaca sob diurético de ansa. Internada por hiponatrémia sintomática (119 mEq/L), traduzida por alucinações visuais, prostação e náuseas. Para além da lentificação psicomotora o restante exame objectivo era normal, sem sinais sugestivos de desidratação ou hipervolémia. Analiticamente com osmolalidade plasmática reduzida. A abordagem inicial foi baseada nas etiologias da hiponatremia admitidas no internamento anterior (insuficiência cardíaca e/ou terapêutica com metotrexato). Assim, para além do inicio de fluidoterapia com soros hipertónicos e aumento dose do diurético de ansa sob forma endovenosa, foi suspenso metotrexato. A correção dos desequilíbrios iónicos não foi conseguida, o que levou a ponderar outras causas. O estudo subsequente permitiu identificar lesão neoformativa intra-cortical renal, com comportamento hipervascular, sugerindo a hipótese de carcinoma de células renais. Teve alta assintomática com natrémia corrigida. Conclusões: O caso descrito ilustra a dificuldade em diagnosticar a SIADH em doentes que possuem co-morbilidades frequentemente associadas a hiponatremia. Por outro lado, serve este caso para relembrar a frequente manifestação inicial como síndrome paraneoplásico do carcinoma de células renais, antigamente conhecido como "tumor do internista".

PO-03-56

HIPOCALIÉMIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gonçalo A Santos, Inês Santos, Francisco Rebocho, Pedro Palma, Andreia Bernardino, Ireneia Lino, Rúben Garcia, Manuel Amoedo, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: As síndromes de Bartter e de Gitelman são doenças autossómicas recessivas com um espectro característico de alterações metabólicas. Estas incluem hipocaliémia, alcalose metabólica, hiper-reninémia, hiperplasia do aparelho justaglomerular, hiperaldesteronismo e hipomagnesemia. CASO CLÍNICO: Mulher de 52 anos com antecedentes de poliomielite e sequelas de parésia dos membros inferiores, hipertensão, incontinência urinária,

crises convulsivas associadas a trombose do seio lateral direito e anemia ferropénica, medicada com amlodipina/ valsartan, mirabegron, acenocumarol, ácido valpróico e levetiracetam. Recorreu ao SU por diminuição de força muscular generalizada com franca incapacidade funcional. Ao exame objectivo, apresentava-se normotensa, apirética, com edema das extremidades inferiores, sem outros achados relevantes. Analiticamente, hipocaliémia grave (1,6 mmol/L), hipomagnesémia (1,5 mmol/L) e alcalémia metabólica. ECG com ritmo sinusal e ondas T aplanadas. Iniciou potássio e magnésio por via endovenosa e foi internada para estudo complementar. No internamento, aldosterona 1,2 ng/dL (1-16) e renina 4,1 pg/mL (1-8,2). Da análise de urina de 24 horas, potássio 29,5 mmol/dia (25-125), cloretos 550 mmol/dia (110-250) e cálcio 362,1 mg/dia (100-300). Com base nestes dados, foi admitida a hipótese de diagnóstico de síndrome de Gitelman/ Bartter e a doente teve alta medicada com suplementação oral de potássio e magnésio e espironolactona 50 mg, mantendo seguimento em consulta externa. Um mês após a alta, a doente apresentava melhoria considerável dos sintomas, com potássio 3,1 mmol/L e magnésio 1,4 mmol/L. CONCLUSÃO: Este caso é relevante não só pela raridade das patologias, mas também por salientar a necessidade de uma boa história clínica e um estudo analítico adequado, incluindo a urina de 24 horas. São diagnósticos de exclusão, sendo necessário elevado grau de suspeição, tendo em conta o risco de mortalidade associado aos distúrbios hidroelectrolíticos.

PO-03-57

UMA PIELONEFRITE NEM SEMPRE VEM SÓ

Rita Ivo, Miguel Teles, Pedro Santos, Rita Reis, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ- MEDICINA 1

A Pielonefrite Xantulogranulomatosa (PX) é uma apresentação incomum de pielonefrite crónica que ocorre secundariamente a obstrução crónica e infeção. Cursa com destruição do parênquima renal e tecidos peri-renais. A Tomografia Computorizada (TC) é o exame de eleição para o seu diagnóstico, mas apenas a histologia o certifica. CASO CLINICO: Mulher, 86 anos, antecedentes de anemia, cálculo coraliforme no rim direito (RD) e infeções do trato urinário recorrentes; trazida ao serviço de urgência por prostração, náuseas e vómitos. Análises destacavam: anemia, aumento dos parâmetros inflamatórios, agravamento da função renal e leucocitúria. Urocultura recente: Proteus mirabillis sensível ao cefuroxime; pelo que foi iniciada antibioterapia dirigida, alterada posteriormente para Piperacilina/Tazobactam por agravamento do quadro clinico (febre e piúria). Ecografia renal e abdominal: volumoso cálculo coraliforme no RD, formação hepática nodular bem circunscrita de parede espessa com conteúdo quístico central e nódulo hipoecogénico de características sólidas na glândula supra-renal direita. TC: abcesso no pólo superior do RD em continuidade com o fígado, onde existe também coleção abcedada. Admitida PX com abcesso hepato-renal associado. A Urologia tentou abordagem percutânea do abcesso, sem sucesso, culminando em nefrectomia. Exame histológico: carcinoma epidermoide da pelve renal (CEPR) localmente invasivo. CONCLUSAO: Este caso clínico pretende alertar para o diagnóstico diferencial de PX, o qual deve sempre incluir a neoplasia renal. No caso concreto do CEPR, salientamos que os achados clínicos e radiológicos são na maioria das vezes insuspeitos, sendo que o diagnóstico definitivo, tal como no caso apresentado, é conseguido apenas pelo exame histológico da peça de nefrectomia. Sendo um tumor raro (0,5-15% das neoplasias uroteliais), a suspeita deve levantar-se em casos de uropatia obstrutiva litiásica crónica associada a pielonefrite crónica com atrofia parenquimatosa.

PO-03-58

AMILOIDOSE RENAL SECUNDÁRIA

Gisela Lage, Ana Oliveira, Claúdia Martins, Ana Lemos, António Monteiro, Telma Pereirò, José Fonseca, Sara Machado
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU, MEDICINA SETOR C

A amiloidose é um grupo de doenças caraterizada por deposição extracelular de fibrilhas de conformação beta, com mais de 25 proteínas capazes desta deposição. Existem formas primárias, secundárias e hereditárias. Nas secundárias, a proteinúria, a síndrome nefrótica e a insuficiência renal são manifestações frequentes. Caso clínico: Mulher de 47 anos, com antecedentes pessoais de linfoma do manto estadio IV, com envolvimento gástrico e intestino delgado, diagnosticado aos 38 anos e submetida a 8 ciclos de quimioterapia e a autotransplante da medula óssea. Referenciada da Consulta Externa (CE) de hematologia por agravamento progressivo de edemas dos membros inferiores com 8 meses de evolução, associados a sensação de nictúria e perda ponderal (< 10% do peso corporal). Do estudo realizado na CE, objetivaram-se: hipoalbuminémia grave (1,6g/dL), velocidade de sedimentação aumentada, beta-2microglobulina aumentada, hipercolesterolemia, exame sumário de urina com proteinúria e eritrocitúria e urina de 24horas (U24H) com perfil subnefrótico (2,09g/d). Foi admitida no internamento para estudo etiológico. No decurso do mesmo, diagnosticou-se síndrome nefrótico (edemas dos membros inferiores, proteinúria de 24H >3,5gr e hipercolesterolémia). Solicitada Tomografia computorizada tóraco abdomino pélvica: múltiplas adenopatias mesentérica e pélvicas. Repetiu medulograma, que revelou recidiva de linfoma. Verificou-se agravamento da função renal, com proteinúria de 9,35g/d na (U24H), tendo-se realizado biópsia renal que evidenciou de amiloidose tipo AA. Assim, foi assumido quadro nefrótico em contexto de amiloidose secundária a recidiva de linfoma do manto. Entretanto, por falência renal, foi induzida em hemodiálise (HD), mantendo-se em programa regular de HD até à data. Conclusão: As manifestações clínicas da doença renal amiloidótica variam conforme o local de envolvimento, sendo crucial a confirmação por biópsia, assim como a determinação da causa subjacente.

PO-03-59

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: SINDROME NEFROTICO POR LESÃO MINIMA REFRACTÁRIO A CORTICOTERAPIA

Mário Santos, Karina Lopes, Sara querido, Paulo Santos, Francisco Ferrer
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - HOSPITAL DE TORRES NOVAS

INTRODUÇÃO: A doença por lesão mínima (LM) corresponde entre 10 a 20% das causas de síndrome nefrótica (SN) em adultos, podendo ser primária ou associada a outras patologias. Caracteriza-se pela ausência de lesões detectáveis a microscopia óptica. Os corticosteróides são o tratamento de 1ª linha, com taxas de remissão entre 80 e 90%. O aparecimento de recidivas, dependência e resistência à corticoterapia constituem um grande desafio terapêutico. Sem tratamento específico apresenta risco aumentado de mortalidade por doenças infecciosas e eventos trombóticos. DESCRIÇÃO DO CASO: Os autores descrevem caso clínico de uma mulher de 46 anos, com história de AVC aos 36 anos e 2 abortos espontâneos, diagnosticada com síndrome antifofolipidico primário (SAF). Admitida por quadro de edema periférico e diminuição do débito urinário com um mês de evolução. Analiticamente com hipoalbuminemia, dislipidemia e proteinúria de 16g/24h, com função renal normal. Perante o diagnóstico de SN, realizou-se biopsia renal onde não se visualizaram alterações glomerulares além da esclerose associada a isquemia subcapsular relacionada com SAF, pelo que se assumiu como causa mais provável doença de lesões mínimas. Iniciou corticoterapia com remissão completa ao fim de 8 semanas. No entanto, observou-se recidiva da síndrome nefrótica durante desmame da corticoterapia, pelo que houve necessidade de introduzir tratamento de 2ª linha com ciclofosfamida com consequente remissão do quadro. CONCLUSÃO: O início súbito do quadro, associado a histologia da biopsia renal e a boa resposta a corticoterapia aponta para LM como causa mais provável de SN. Sabendo-se que cerca de 30% desta patologia está associado a doenças sistémicas fica por esclarecer se existe alguma relação com o SAF. Adultos com SN por LM continuam a representar um desafio diagnóstico e terapêutico. Os autores apresentam este caso pelo sucesso da ciclofosfamida no tratamento do SN por LM, num doente dependente à corticoterapia.

PO-03-60

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA

Ana Ribeiro, Joana Pereira, Patrícia Lourenço
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença frequente e com morbimortalidade importante. Diversas patologias cursam com estado de

hipercogulabilidade e risco aumentado de TEP. Caso clínico: Homem, 56 anos, hipertensão arterial há 2 anos, sob lisinopril 5mg/dia. Dispneia para pequenos esforços e edema dos membros inferiores (MIs) com 3 meses de evolução. Sem febre ou sintomas constitucionais. Sem história de traumatismo, cirurgias recentes ou história familiar de trombofilias. Ecocardiograma transtorácico: dilatação câmaras direitas e fluxo transpulmonar sugestivo de hipertensão pulmonar; disfunção ventricular direita e função sistólica ventricular esquerda conservada. Angiotomografia computorizada torácica: tromboembolismo nas artérias pulmonares e em grande parte dos seus ramos. Ecodoppler MIs sem trombose venosa. Hb 15.8g/dL, leucócitos 7580/uL, plaquetas 273mil/uL, ureia 70mg/dL, creatinina 1.4mg/dL. Iniciado dabigatrano e furosemida com melhoria da dispneia, mantendo edemas MIs. Encaminhado para consulta Medicina Interna. Rastreio básico de neoplasia oculta (ecografia abdominal e tiroideia, pesquisa de sangue oculto nas fezes e PSA) negativo. Velocidade de sedimentação 59mm/h. ANAs, anti-cardiolipinas, dsDNA e inibidor lúpico negativos. Enzimas hepáticas normais, proteínas séricas 42g/L, albumina 22g/L. Urina ocasional sem actividade, proteinúria >4g/L. Colesterol total 243mg/dL, HDL 48mg/dL, LDL 168mg/dL. Urina 24h: 5,5 g de proteinas. Portanto síndrome Nefrótico. Estudo etiológico: HIV, HBV, HCV e TPPA negativos, electroforese sem pico monoclonal, sem consumo de complemento, T4 livre 0.99ng/dL e TSH 2.19UI/mL. Biópsia renal:glomerulonefrite membranosa IgG positiva. Mudança para varfarina. Conclusão: Os fenómenos tromboembólicos são complicações extra-renais importantes do síndrome nefrótico, especialmente frequentes na glomerulonefrite membranosa. O síndrome nefrótico deverá ser lembrado na investigação etiológica de tromboembolismos venosos.

PO-03-61

SÍNDROME NEFRÓTICO – QUAL A ETIOLOGIA?

Joana Lima, Patrícia Serpa Soares, Ana Maria Grilo, José Reina, José Vaz
SERVIÇO DE MEDICINA I, HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA – ULSBA

Introdução O Síndrome Nefrótico é caracterizado por proteinúria marcada, hipertensão arterial, hipoalbuminémia, hipercolesterolémia, edema/anasarca e hematúria microscópica. Tem um amplo espectro de apresentação abrangendo desde ligeiros sintomas como edema até embolia pulmonar. Pode ser primário ou secundário, sendo a sua etiologia determinante na escolha do tratamento adequado. Caso Clínico Relatam-se dois casos clínicos observados no nosso hospital, por hipertensão e edema marcado dos membros inferiores, parede abdominal e pálpebras. No primeiro caso, doente de 42 anos, admitido em internamento por mal-estar inespecífico, náuseas, vómitos, disúria e aumento da frequência miccional. Excluída patologia infecciosa. Do estudo efectuado destacava-se: hipercolesterolémia, proteinúria, agravamento da função renal com diminuição da diurese; ecografia renal e pélvica a favor de nefropatia médica. Evoluiu favoravelmente com terapêutica diurética e hipotensora. Avaliado pela Nefrologia, realizou biópsia renal que revelou glomeruloesclerose segmentar e focal secundária a nefrite intersticial crónica. No segundo caso, doente de 51 anos, admitida em internamento por quadro de cefaleias associadas a picos hipertensivos e edema refractário à terapêutica diurética oral. Do estudo efectuado destacava-se: hipoalbuminémia, hipoproteinémia, hipercolesterolémia, proteinúria, microalbuminúria; ecografia renal e pélvica sem alterações relevantes. Evoluiu favoravelmente com terapêutica diurética e hipotensora. Foi observada pela Nefrologia, tendo realizado biópsia renal que revelou esclerose focal e segmentar com características de patologia primária e interstício conservado. Actualmente sob terapêutica imunossupressora. Ambos mantêm seguimento em consulta externa. Conclusão Pretende-se com estes casos clínicos alertar para a importância de considerar o síndrome nefrótico no diagnóstico diferencial de edema, suas complicações e respectiva etiologia na abordagem terapêutica e prognóstica.

PO-03-62

LESÃO RENAL AGUDA PÓS RENAL SECUNDÁRIA A FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

Sara Montezinho, Elsa Meireles, Marta Brandão Calçada, Manuela Alves, Luisa Moreira
CENTRO HOSPITAL ENTRE DOURO E VOUGA SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Fibrose retroperitoneal (FR) é uma doença rara que se caracteriza pela presença de um tecido fibroinflamatório, podendo determinar obstrução dos ureteres e vasos retroperitoneais. Geralmente é idiopática, mas pode também surgir secundariamente a uso de fármacos, neoplasias, infeções e cirurgias, tendo já sido propostos mecanismos autoimunes como etiologia. Apresentamos um caso de um homem, 73 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de 1 mês de evolução de sintomas constitucionais (anorexia, emagrecimento, astenia e enfartamento pós prandial). Ao exame objetivo, de salientar abdómen globoso e difusamente doloroso à palpação, com onda ascítica, sem massas ou organomegálias palpáveis. Analiticamente destacava-se lesão renal aguda (creatinina 7.1 mg/dL e ureia 205 mg/dL), sem sedimento urinário, alterações iónicas ou desequilíbrios ácido-base. A TC abdominal confirmou ascite e massa retroperitoneal envolvendo os ureteres e condicionando ureterohidronefrose bilateral. Realizou paracentese com saída de 2400cc de líquido límpido, com predomínio de células mononucleares e gradiente albumina soro ascite não compatível com hipertensão portal. O exame anatomopatológico foi negativo para células neoplásicas. Pela não ressecabilidade da massa optou-se pela derivação ureteral à direita. Para esclarecimento etiológico efetuou biópisa retroperitoneal por laparotomia cujo exame histopatológico revelou tecido fibrótico e histiocitose ganglionar reativa. Após exclusão de causa infeciosa, inflamatória, neoplásica e autoimune, e atendendo ao resultado anatomopatológico considerou-se a hipótese de FR idiopática e iniciou corticoterapia sistémica com resposta analítica e redução da massa. Os autores apresentam um caso de nefropatia obstrutiva como apresentação inicial de uma FR idiopática. A abordagem deste doente com a procura exaustiva de causalidade bem como a evolução favorável favoreceu o diagnóstico de FR idiopática.

PO-03-63

INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO: A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Catarina Nóbrega, Filipe Perneta, Carolina Aguiar, Joana Carvão, João Sousa, Maria Pestana, Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são das infeções mais prevalentes em Portugal tanto no ambulatório como em meio hospitalar. Assim, a caracterização desta entidade nosológica, na área de influência do nosso hospital, reveste-se de particular importância. Materiais e métodos: Amostragem de doentes internados entre 01/01/2015 e 30/06/2015 em cujas notas de entrada, de alta e intercorrências constava o diagnóstico de ITU. Fez-se um estudo retrospetivo, observacional e descritivo, com análise dos processos clínicos tendo em conta as seguintes variáveis: idade, sexo, tipo de ITU, proveniência, agente etiológico e seu perfil de sensibilidade, antibioterapia instituída, comorbilidades e mortalidade no internamento. Resultados: Dos 411 doentes, 71% eram do sexo feminino. Dos resultados obtidos concluiu-se que 80% das ITU diagnosticadas eram cistites. A maioria foi adquirida na comunidade, sendo que 38% foram ITU nosocomiais. Conseguiu-se isolar agente etiológico em 71% das uroculturas realizadas, não tendo sido realizada colheita de urina em 30 doentes. Foram identificados 20 agentes diferentes, sendo por ordem de frequência: E. coli, K. pneumomiae, P. aeruginosa e P. mirabilis. Quanto à suscetibilidade aos antimicrobianos, a maioria dos microrganismos era sensível, por ordem de frequência, a: nitrofurantoína, cefuroxima, trimetropim e sulfametoxazol e amoxicilina e ácido clavulânico. Os antibióticos inicialmente prescritos foram: amoxicilina e ácido clavulânico, cefuroxima, ciprofloxacina e piperacilina e tazobactam, com switch realizado em 27% dos casos. Das comorbilidades estudadas as mais comuns foram diabetes mellitus tipo II, acidente vascular cerebral e demência. A mortalidade durante o internamento foi de 8%. Conclusão: Este estudo demonstrou resistência ao antimicrobiano inicialmente prescrito o que reforça a importância das amostras culturais e da divulgação dos mapas microbiológicos da população estudada.

PO-03-64

HEMODIÁLISE NO TRATAMENTO DO MIELOMA – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Júlia Manuel, Joana Dias, Hugo Silva, Sofia Jorge, Estela Nogueira, José António Lopes
HOSPITAL SANTA MARIA - CHLN

INTRODUÇÃO: Mieloma Múltiplo é uma gamapatia monoclonal, com atingimento multi-sistémico, seja por lesão renal aguda secundária a hipercalcemia, ou menos frequentemente por deposição de cadeias leves nos glomérulos e túbulos renais e nefropatia de cilindros. CASO CLÍNICO: Mulher de 69 anos, caucasiana, autónoma, antecedentes pessoais de gamapatia monoclonal IgG lambda de significado indeterminado, com 10 anos de evolução. Deu entrada por anasarca e anúria com 2 dias de evolução. Do estudo destaca-se anemia normocítica normocrômica (Hb 7,8g/dl), lesão renal aguda AKIN3 (Creatinina sérica 17mg/dl; ureia 260 mg/dl), elevação de cadeias leves Lambda (2940mg/l), com calcémia normal, Mielograma medular normocelular com infiltração de 62% plasmócitos monoclonais. Ecograficamente rins sem alterações. Admitiu-se como etiologia provável Nefropatia de cilindros confirmada pela biopsia renal ao 3º dia de internamento. Iniciou quimioterapia de 1ª linha com Bortezomibe e indução dialítica com filtro de alto "cutt-off" tendo realizado 16 sessões de hemodiálise com recuperação parcial da função renal. CONCLUSÃO: A instituição precoce de quimioterapia concomitante a hemodiálise de alto "cutt-off" para remoção de cadeias leves é um passo essencial para recuperação da função renal.

PO-03-65

PROTEINÚRIA NEFRÓTICA – UM QUADRO CLÍNICO MULTIFACTORIAL

Vanessa Barcelos, Pedro Duarte, Ana Carolina Ferreira, Madalena Meneses, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Raquel Cabral, António Prisca, Clara Paiva.
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE.

Os autores apresentam o caso de um homem de 52, ex-toxicodependente e diabético tipo 1 com treze anos de evolução, observado no Serviço de Urgência por quadro com uma semana de evolução de edemas generalizados. À observação apresentava-se hipertenso, com edema periorbitário e dos membros inferiores. Analiticamente a destacar função renal sem alterações, hipoproteinemia, hipoalbuminemia e análise sumária da urina com proteinuria (200 mg/dL). Ficou internado para investigação etiológica. Do estudo realizado durante o internamento destaca-se: analiticamente com proteinuria nefrótica de 7,89 g/24h, HbA1C 9,10%, serologias víricas com anti-VHC positivo (genótipo 1a), electroforese proteínas séricas com aumento em Alfa 1,2 e Beta 1, imunoglobulinas séricas normais, imunofixação soro negativa, imunofixação urina com cadeias pesadas IgG e cadeias leves Kappa e Lambda na urina, estudo autoimunidade negativo, C3 e C4 normais, crioglobulinas positivas. Ecografia renal: rins de dimensões no limite superior da normalidade, conservação da diferenciação parenquimo-sinusal. Biópsia gordura abdominal com pesquisa de substância amiloide pelo método vermelho do Congo negativo. Admitido Síndrome Nefrótico multifatorial, secundário à nefropatia diabética e crioglobulinémia associado à hepatite C crónica. Atualmente sob terapêutica com Lepipasvir/Sofosbuvir, verificando-se melhoria dos edemas e em reavaliação laboratorial com crioglobulinas negativas. A infeção ao vírus da hepatite C (HCV) é uma doença sistémica associada a diferentes manifestações extra-hepáticas incluindo glomerulopatia. As manifestações renais mais comuns incluem proteinuria, hematúria microscópica, hipertensão, nefrite aguda e síndrome nefrótico. A abordagem terapêutica pode assentar na terapêutica antirretroviral para prevenir a lesão direta do HCV e a síntese de imunocomplexos.

PO-03-66

SÍNDROME DE FANCONI ASSOCIADO A FÁRMACOS

Tiago Leal, Sara Costa, Ilda Coelho, Ana Luísa Antunes, Carlos Soares, Francisca Barros, Maria João Silva
HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Síndrome de Fanconi (SF), é uma entidade rara, congénita ou adquirida, que resulta de uma alteração da função tubular renal proximal, e na perda de fosfato, ácido úrico, glicose e amino-ácidos e defeitos de acidificação e de concentração da urina. No adulto deve-se considerar, como possíveis causas, os fármacos nefrotóxicos, intoxicação por metais pesados, deficiência de vitamina D ou a excreção excessiva de cadeias leves associada às gamapatias monoclonais. Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, demência e polimedicada, admitida no nosso serviço na sequência de crise convulsiva tónico-clónica generalizada, para estudo e correção de hiponatremia (114 mmol/L) e hipocaliemia (2.2 mmol/L). Entretanto, constatou-se hiposfatemia, hipouricémia, hipomagnesémia e glicosúria, levantando-se a hipótese de SF. Do estudo realizado, salienta-se: Fração Excreção (FE) Na+ 2,7%; FEP 24%; FE Mg2+ 19%; FE ácido úrico 79%; proteinograma, doseamento das cadeias leves na urina, ANA, anti-ds-dna, ENAs e serologias infecciosas normais ou negativos. Foram simultaneamente diagnosticados défice de vitamina D e hiperparatiroidismo secundário. Optou-se por substituir a medicação habitual, fazendo-se suplementação com colecalciferol, fluidos e os iões em falta, não se tendo registado, desde o 6º dia, recorrência dos distúrbios. Apesar do défice de vitamina D ser uma causa possível do SF, a rápida reversibilidade do quadro após suspensão da medicação habitual, e o facto de estarem descritos na literatura número idêntico de casos secundários a 2 dos fármacos usados pela doente (Pregabalina e Atorvastatina), assumiu-se como mais provável o diagnóstico de SF associado a fármacos.

PO-03-67

LESÃO RENAL AGUDA: UMA ETIOLOGIA INCOMUM

Drª Joana Monteiro Dias (1), Dr. André Rodrigues (2), Dr. Hugo Silva (1), Drª Estela Nogueira (1), Drª Sofia Jorge (1), Prof. José António Lopes (1).
(1) - HOSPITAL DE SANTA MARIA, NEFROLOGIA E TRANSPLANTAÇÃO RENAL, LISBOA, PORTUGAL; (2) - HOSPITAL PULIDO VALENTE, MEDICINA INTERNA, LISBOA, PORTUGAL

A lesão renal aguda (LRA) nos trópicos tem uma epidemiologia distinta e fortemente influenciada pela sazonalidade e padrões de doença locais. Os autores relatam o caso de um doente caucasiano de 52 anos, saudável, com viagens frequentes a zonas endémicas de malária sem realização de quimioprofilaxia. Apresentou-se com quadro de início súbito de febre, calafrios, "urina escura" e desorientação temporo-espacial. Na avaliação complementar apresentava anemia com parâmetros de hemólise e parasitémia a P.falciparum. Observou-se rápido agravamento da função renal com anúria e sobrecarga volumétrica refractária, tendo iniciado terapêutica de substituição renal (hemodiálise). Foi medicado com quinino e clindamicina EV e posteriormente artemeter e lumefantrina, apresentando níveis indetectáveis de parasitémia a partir de D4, mantendo no entanto hemólise grave durante 3 semanas, presumivelmente associada a terapêutica com artemeter. Após 4 semanas do inicio do quadro teve resolução da hemólise e recuperação total da função renal. A contribuição da malária para a LRA varia enormemente em diferentes zonas do globo,com uma incidência habitual entre 2% e 39%, sendo mais significativa na infecção por P. falciparum onde pode atingir 60%. Caracteriza-se por rápido agravamento da função renal -sendo LRA oligúrica em 60%dos casos-, acidose severa e afectação do sistema nervoso central. A LRA dura entre uma a várias semanas sendo que a iniciação de terapêutica de substituição renal precoce é lifesaving. O tratamento passa pela utilização de antimaláricos, preferencialmente quinino e artesunato. A população portuguesa tem caracteristicamente um conjunto expressivo de pessoas que são naturais de, ou que viajam frequentemente para países tropicais. Com este caso pretende-se reforçar a necessidade de conhecer as especificidades das doenças mais comuns e mais graves desta população, nas quais o tratamento atempado pode influenciar significativamente o prognóstico do doente.

PO-03-68

LESÃO RENAL AGUDA: CASO CLINICO

Drª Joana Monteiro Dias (1), Dr André Rodrigues (2), Dr Hugo Silva (1), Drª Estela Nogueira (1), Drª Sofia Jorge (1), Prof. José António Lopes (1).
(1) - HOSPITAL DE SANTA MARIA, NEFROLOGIA E TRANSPLANTAÇÃO RENAL, LISBOA, PORTUGAL; (2) - HOSPITAL PULIDO VALENTE, MEDICINA INTERNA, LISBOA, PORTUGAL

Os autores descrevem o caso de uma doente de 59 anos, com obesidade

mórbida, submetida a hemicolectomia direita por neoplasia do cólon e actualmente medicada com amoxicilina + acido clavulanico e ciprofloxacina por colecções intraabdominais. Apresentou-se com quadro de retenção azotada e oligoanúria com 5 dias de evolução, com necessidade de indução de hemodiálise urgente. Sem exantema, artralgias ou febre. Laboratorialmente: sem leucocitose nem neutrofília, procalcitonina normal mas PCR 28mg/dL; urina II com eritroleucocitúria, sem eosinófilos, e nitritos negativos; estudo imunológico negativo. Ecografia renal com manutenção da diferenciação parenquimosinusal e angio-TC renal com permeabilidade arterial e venosa mantida. Dada a possibilidade de nefrite intersticial aguda (NIA) secundária a antibioterapia decidiu-se pela suspensão dos antibióticos e iniciou-se prednisolona oral 80mg/dia com boa resposta e recuperação total da função renal em 2 semanas. PCR à data da alta: 0.5mg/dL. Dada a excelente evolução clínica e o morfotipo da doente decidiu-se pela não realização de biópsia renal. A NIA é maioritariamente causada por reacções de hipersensibilidade a medicamentos, tipicamente de inicio abrupto, com aparecimento de lesão renal aguda (LRA) dias após o inicio da exposição ao medicamento causal. Qualquer medicamento pode causar reacções de hipersensibilidade com potencial de envolvimento renal, mas alguns dos mais frequentemente implicados são antibióticos (ex. penicilinas, cefalosporinas e quinolonas),AINEs e inibidores da bomba de protões. Com este caso pretende-se reforçar a necessidade de reconhecer atempadamente esta entidade nos doentes com LRA. A descontinuação do agente é frequentemente problemática dadas as múltiplas comorbilidades dos doentes, especialmente em regime de internamento. Esta é no entanto essencial e pode significar a resolução completa do quadro. A administração de corticoides poderá auxiliar na aceleração da recuperação da função renal.

PO-03-69

UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA

Catarina Pires, Afonso Rodrigues, Nelson Camacho, Emília Ferreira, Ana Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 4, HOSPITAL DE SANTA MARTA, CHLC

A lesão renal aguda é um estado grave que põe em risco a vida do doente se não for abordado rapidamente. As múltiplas causas para esta situação tornam difícil o diagnóstico diferencial, essencial para se poder fazer um tratamento dirigido e com bons resultados. Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos, fumador, diabético, hipertenso, com hábitos tabágicos pesados que foi internado no contexto de doença arterial periférica dos membros inferiores agravada à esquerda. Estudo analítico à entrada revelou quadro de lesão renal aguda com creatinina plasmática de 11.74mg/dL e ureia de 388mg/dL. Dialisado de urgência enquanto se procedia ao estudo etiológico que mostrou estudo imunológico negativo e excluiu gamapatia monoclonal. AngioTC mostrou estenose bilateral das artérias renais sem repercussão hemodinâmica; sinais de cistite enfisematosa e dilatação pielo-calicial direita. Associadamente cálculo no grupo calicial inferior do rim esquerdo com obstrução e imagem de pielonefrite xantogranulomatosa. Hemoculturas negativas e urocultura com isolamento de Enterococcus faecalis. Foi colocado cistocateter e iniciada antibioterapia de largo espectro. O doente realizou diálise durante um mês com normalização do débito urinário e parou diálise por melhoria da função renal, que manteve. Exames de imagem seriados mostraram resolução dos aspectos obstrutivos e da cistite enfisematosa. Tanto a pielonefrite xantogranulomatosa como a cistite enfisematosa são entidades extremamente raras e não há registo de ambas ocorrerem em simultâneo num doente. Os exames de imagem associados a um elevado grau de suspeição clínica são essenciais para o seu diagnóstico. A escolha de uma abordagem terapêutica cirúrgica vs médica, ou combinada, depende das características do doente e requer uma discussão ponderada em equipa multidisciplinar.

PO-03-70

QUANDO A CIRURGIA É O MENOR DOS PROBLEMAS…

Catarina Pires, Nelson Camacho, Marta Ruivo, Afonso Rodrigues, Emília Ferreira, Ana Patrícia Cachado, Teresa Garcia, Carina Ferreira, António Mário Santos
UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 4, HOSPITAL DE SANTA MARTA, CHLC

A síndrome nefrótica é uma causa comum de edema em todas as faixas etárias que pode associar-se a disfunção renal, embora possa passar despercebida por a única alteração analítica ser hipoproteinémia. Um grau de suspeição elevado é essencial para o diagnóstico desta patologia tão comum. Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos, natural da Tailândia, residente em Portugal há 5 anos, saudável, fumador. Internado por quadro de isquémia crítica do membro inferior direito com síndrome compartimental sujeito a cirurgia urgente com fasciotomia. À entrada doente com função renal mantida, sem edemas. A cirurgia decorreu sem intercorrências com retirada de trombo aterosclerótico sem alterações relevantes. Pós-operatório com necessidade de desbridamentos sucessivos e ciclos de antibiótico por infecção da ferida operatória. Após 3 meses de internamento aparecimento súbito de edemas generalizados associados a disfunção renal aguda. Analiticamente hipoproteinémia com hipoalbuminémia e razão albumina/creatinina urinária 9530mg/g. Ecografia renovesical com sinais de nefropatia médica, sem obstrução e sem alterações no doppler dos vasos renais. Estudo analítico para determinação de etiologia sem alterações. Biópsia renal com histologia de glomerulosclerose focal segmentar que se assumiu como primária pelo quadro clínico e ausência de antecedentes. Foi optimizada a terapêutica de suporte e iniciou corticoterapia com melhoria da função renal e da proteinúria após 4 semanas. Um grau de suspeição elevado para a síndrome nefrótica é essencial na abordagem de um doente edemaciado em que tantos diagnósticos diferenciais se impõem. A glomerulosclerose focal e segmentar é um dos padrões anatomo-patológicos mais frequentes em adultos com esta patologia. A síndrome nefrótica cursa com um aumento do risco tromboembólico especialmente do território venoso; tromboses arteriais, embora já tenham sido descritas, são raras, particularmente como primeira manifestação desta patologia.

PO-03-71

SÍNDROME NEFRÓTICO –UM CASO CLINICO

Paolo Iacomini, Pedro Lavado, Catarina Pereira, António Panarra
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: O síndrome nefrótico abrange um conjunto de quadros clínicos e alterações laboratoriais sugestivos de doença renal. Define-se pela presença de proteinuria> 3.5 g nas 24 horas, hipoalbuminemia (< 3g/dl) e edema periférico; Caso clinico: Homem de 52 anos, internado por anasarca. História clinica de dislipidemia, bronquite cronica asmatiforme, com erradicação recente de H. pylori e com diagnostico de hipotiroidismo há cerca de 1 mês medicado com levotiroxina 50 mcg. Inicia cinco meses antes do internamento, aumento ponderal (20 Kg), sem queixas constitucionais, sem alterações dos hábitos alimentares e sem diminuição subjetiva do débito urinário. À admissão constatou-se anasarca; na avaliação laboratorial: anemia NN (Hb 9.1 g/), VS 65 mm/h, ureia 78 mg/dl e creatinina 1.98 mg/dl, hipoproteinemia com albumina 11.2 g/L, ionograma sem hiponatremia e com hipercaliemia ligeira (5.7 mEqL), colesterol total 318 mg/dl, proteinuria 10,7 g/24 h. Realizou biopsia renal com o diagnóstico preliminar de glomérulo esclerose focal e segmentar, assumida de natureza idiopática pelos aspectos anatomo-patológicos encontrados. Iniciou corticoterapia (90 mg/kg/dia). Sob diurético, a função renal só começou a melhorar com albumina humana 10g tid ev. Teve alta ao 18º dia de internamento, com redução total do peso a data da alta de cerca 15 kg, orientado para a Consulta de Nefrologia, com corticoterapia e terapêutica diurética. Um més e meio após a alta, reavaliado em Consulta com franca melhoria (perda de peso total desde a admissão: ~25 Kg), admitida assim Doença de Lesão Mínima em remissão. Conclusão: A Doença de Lesão Minima compreende cerca de 90% dos casos de síndrome nefrótico nas crianças <10 anos e cerca de 50% dos casos nas crianças mais velhas. Pode ocorrer também em adultos de maneira idiopática, em associação a antinflamatorios não esteroides, ou como síndrome paraneoplásico.

PO-03-72

HEMATÚRIA RECORRENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cátia Carvalho, Daniana Condado, Joana Diogo, Aline P. Gonçalves, José Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE FUNCIONAL 7.1

A nefropatia por IgA ou doença de Berger é a glomerulonefrite mais comum,

pode apresentar-se em qualquer idade mas tem um pico de incidência na segunda e terceira décadas de vida, sendo mais comum no género masculino, cerca de metade dos doentes apresenta apenas um ou episódios recorrentes de hematúria macroscópica e em menos de 10% dos casos pode apresentar-se como glomerulonefrite rapidamente progressiva. Apresentamos um homem de 32 anos, actualmente residente em Angola, hipertenso - medicado com perindopril. Efectuou estudo prévio de causa secundária de hipertensão que foi negativo. Recorreu de novo à consulta de medicina por hematúria macroscópica com 5 dias de evolução, após quadro viral auto-limitado composto por febre, mialgias e dejecções diarreicas, tendo a urina II dessa altura uma proteinúria de 100mg/dL e eritocitúria de 200GV/uL. Sem alterações ao EO. Já em regime de internamento, destaca-se estudo auto-imune negativo, sem alteração da função renal ou do complemento, proteinúria de 539mg/24h e ecografia renal com razoável diferenciação parenquimo-sinusal e espessura parenquimatosa conservadas, pelo que foi realizada biópsia renal com evidência de depósitos mesangiais sobretudo de IgA (++++) [C3 ++, cadeias leves lambda +++ e kappa ++] compatível com Nefropatia por IgA com 2 crescentes celulares, um deles com necrose fibrinóide e fibro-edema em menos de 25% da área observada. O doente teve alta orientado para consulta de Medicina e de Nefrologia, estando apenas medicado para o controlo dos factores de risco (perindopril e indapamida), mantendo vigilância sobre a potencial progressão da doença, que não se tem verificado. O caso destaca-se pela importância em estarmos atentos e mantermos o elevado grau de suspeição mesmo quando as alterações ao nível dos exames complementares de diagnóstico são tão pouco expressivas.

PO-03-73

HIPOCALEMIA GRAVE – QUAL O LIMITE COMPATÍVEL COM A VIDA?

Ana Vigário, Ana Rita Costa, Catarina Mendonça, João Araújo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA E SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

A hipocalemia é um distúrbio hidroelectrolítico comum, mas quando atinge valores extremos pode cursar com complicações graves que podem por em risco a vida do doente, como é o caso das arritmias cardíacas. Entre as causas frequentes de hipocalemia estão as perdas gastrointestinais por diarreia e vómitos, o uso de diuréticos e doenças endócrinas. Os autores trazem o caso de uma mulher de 61 anos, com anorexia nervosa e bulimia, e múltiplos internamentos prévios por distúrbios hidro-eletrolíticos graves, caquexia marcada e desnutrição. Associadamente com deterioração cognitiva. Encontrada insconsciente em casa, pelo que foi trazida ao Serviço de Urgência onde se apresentava vigil, mas desorientada e com sinais de desidratação significativos. Objetivada hipocalemia de 1,5 mmol/L, hiponatremia de 110mmol/L, alcalemia metabólica grave (pH 7,683) e bicarbonato de 68,7mmol/L. Eletrocardiograma com arritmia sinusal, frequência ventricular de 78bpm e intervalo QTc 452. Colocado cateter venoso central para correção de distúrbios hidroeletrolíticos, com resolução completa dos mesmos após 3 dias de internamento. A hipocalemia grave até estes valores extremos é rara, mas tem uma prevalência elevada nas doentes com disturbios do comportamento alimentar, devendo ser considerada nas mesmas como potencial precipitador de morte súbita cardíaca por arritmias ventriculares malignas.

PO-03-74

PIELONEFRITE AGUDA - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2 ANOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL DISTRITAL

Rosa Mendes, Isabel Ramôa
HOSPITAL DE BEJA- SERVIÇO DE MEDICINA I

INTRODUÇÃO: A Pielonefrite Aguda (PA) é uma infecção do tracto urinário (ITU) superior. Classifica-se em não complicada e complicada, e relaciona-se frequentemente com factores predisponentes. A sintomatologia e o exame objectivo são essenciais no diagnóstico e início de terapêutica precoce, evitando graves complicações. METODOLOGIA: Estudo observacional e descritivo dos internamentos por PA ocorridos em 2013 e 2014, através da análise retrospectiva dos processos electrónicos. RESULTADOS:Neste período ocorreram 82 internamentos por PA, relativos a 76 doentes. Predominou o sexo feminino (78%) e a idade média foi 52 anos. A demora média de internamento foi de 8,4 dias, e revelou-se maior no subgrupo dos doentes diabéticos (13,6 dias). As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (31%), a diabetes (24%) e a nefrolitíase (22%). As uroculturas foram positivas em 67%. A E. Coli foi o patógeno mais identificado (78%), seguido do Proteus Mirabilis (7%) e a Klebsiella Pneumoniae (5%). A ecografia renal foi realizada em 75 doentes, com alterações presentes em 79%, nomeadamente ureterohidronefrose, alterações do parênquima renal e litíase renal. A terapêutica empírica mais utilizada foi a amoxicilina-ác.clavulânico (AAC) em 40%, seguido da ciprofloxacina (22%). Analisando o antibiograma da E.Coli, verificou-se uma resistência ao Cotrimoxazol (23%), à ciprofloxacina (14%) e à AAC (9.3%). CONCLUSÃO:A PA predominou nas mulheres, em provável relação com a sua anatomia urogenital e na faixa etária dos adultos. Destacamos o aumento da demora média de internamento nos doentes diabéticos, pelo que é importante um bom controlo metabólico para evitar complicações urológicas. A E.Coli foi o agente patogénico mais observado e destacamos nesta amostra a elevada taxa de resistência ao cotrimoxazol. É importante conhecer os microorganismos mais frequentes no nosso meio hospitalar, e adoptar uma política de antibióticos para diminuir as resistências à terapêutica empírica.

PO-03-75

GLOMERULOSCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Ferreira, Fernando Esculcas, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA/GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, com 47 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com cerca de dois meses de evolução de edemas generalizados e dispneia de agravamento progressivo. Ao exame objectivo, apresenta-se com anasarca, hemodinamicamente estável e eupneica em ar ambiente. Peso corporal à admissão de 84 kilogramas. Analiticamente, com insuficiência renal, apresentando uma taxa de filtração glomerular estimada (MDRD) de 31mL/minuto, hipoalbuminemia de 0.4g/dL, dislipidemia mista, com colesterol total de 230mg/dL e triglicéridos de 205mg/dL, e proteinúria. Internada para estudo de síndrome nefrótico, medicada com enoxaparina subcutânea 60mg bid, irbesartan 75mg id, rosuvastatina 10mg id e furosemida 20mg bid. Realizou tomografia do tórax com evidência de derrame pleural bilateral e líquido intraperitoneal. Ecocardiograma transtorácico com descrição de derrame pericárdico de pequeno volume. Proteinúria de 18g/24 horas. Ecografia renal sem alterações. Foi submetida a biópsia renal, que revelou o diagnóstico de glomeruloesclerose segmentar e focal. Ao longo do internamento, manteve-se hemodinamicamente estável, com redução progressiva do peso corporal e dos edemas periféricos. Teve alta medicada com prednisolona 1mg/Kg/dia, linisopril 5mg id, rosuvastatina 10mg id, furosemida 20mg bid e varfarina, orientada para a Consulta Externa de Medicina Interna/Hipertensão Arterial e Risco vascular. Cumpriu 16 semanas de corticoterapia, com recuperação da função renal para uma taxa de filtração glomerular de 92mL/min, correcção da hipoalbuminemia e da proteinúria, resolução dos edemas periféricos, com perda ponderal total de 19Kg. Mantém seguimento na consulta, permanecendo assintomática. Em conclusão, apresentamos o caso clínico de uma doente com o diagnóstico de glomeruloesclerose segmentar e focal, com boa resposta à terapêutica e com uma evolução clinica favorável.

PO-03-76

UM CASO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Marisa Rosete, Rui Ferreira, Susana Magalhães, Amélia Pereira
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, SERVIÇO DE MEDICINA

Mulher, 34 anos, caucasóide. Observada na consulta de Medicina por Hipertensão arterial (HTA) com anos de evolução. Sem outros sintomas. Sem antecedentes pessoais. Sem medicação habitual. O exame objectivo para além de Tensão Arterial 163/102 mmHg, era normal. Analiticamente com elevação do Colesterol total 247 mg/dL. No estudo efetuado para avaliação de causas secundárias de HTA efetuou Ecografia renal e suprarenal com doppler da artéria renal que mostrou no terço superior do rim direito um nódulo hiperecogénico com 15 mm, sem outras alterações. A tomografia toraco-abdominal confirmou

formação hipodensa com 17 mm com discreto efeito de realce no contorno superior do rim direito. A Ressonância Magnética Renal mostrou que na vertente anterior do terço superior do rim direito havia uma formação nodular com 9mm, com realce após contraste, admitindo-se prioritariamente 2 hipóteses, Angiomiolipoma pobre em gordura ou Tumor de células renais. A doente foi referenciada para consulta de Urologia e realizou Nefrectomia parcial direita. O relatório anátomo-patológico confirmou Carcinoma de células renais, variante de células claras, do rim direito, com 1.5cm, pTMN: T1a. A doente mantém seguimento na consulta de Medicina, encontra-se normotensa e está apenas medicada com rosuvastatina. Pela idade jovem e por apresentar importantes antecedentes familiares de neoplasias gástricas e pancreática foi enviada a consulta de Genética, aguardando-se resultados. Conclusão: Apresenta-se este caso de HTA resolvida após Nefrectomia, concluindo-se que se trata de uma HTA secundária e como manifestação paraneoplásica de um tumor de células renais.

PO-03-77

GLOMERULONEFRITE EM OCTAGENÁRIA

Cátia Carvalho, David Navarro, Daniana Condado, Joana Diogo, Aline P. Gonçalves, José Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE FUNCIONAL 7.1

A poliangeite microscópica afecta pequenos vasos, com atingimento renal e pulmonar frequente e habitualmente está associada a positividade na pesquisa do anticorpo anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA). Apresentamos uma doente de 83 anos, hipertensa e diabética, que recorreu ao serviço de urgência por quadro composto por anorexia, náuseas e vómitos esporádicos e desde o dia anterior, menor tolerância aos esforços, com maior cansaço e diminuição da diurese. Ao exame objectivo apresentava edema dos membros inferiores e analiticamente destaca-se lesão renal com ureia de 103mg/dL e creatinina de 3.6mg/dL, hipoalbuminémia de 26.5g/L, proteínas totais de 5.3g/L com proteinúria das 6.4g/24h e urina II com proteinúria de 100mg/dL e hemoglobina de 0.03mg/dL, dislipidémia discreta com colesterol total de 230mg/dL. Ao longo do internamento foi feito estudo para determinação da etiologia da lesão renal de novo, tendo havido positividade para o ANCA-MPO de 125.2U/mL (ANCA-PR3 negativo), a ecografia renal revelou perda de diferenciação parênquimo complexo-central traduzindo cronicidade e a biópsia renal evidenciou glomerulonefrite crónica com lesões cicatriciais podendo corresponder a vasculite – angeíte microscópica. Apesar da idade avançada, fragilidade da doente e haver doença renal crónica já previamente estabelecida, foi tentada terapêutica imunossupressora (prednisolona e micofenolato de mofetil), contudo pela sua não resposta e surgimento de queixas urémicas, optou-se pelo início de técnica substitutiva da função renal e suspensão da imunossupressão. A doente encontra-se actualmente em programa regular de hemodiálise, sem outras manifestações de vasculite. O caso destaca-se por ser uma patologia que se verifica particularmente em doentes mais idosos, e que deve ser considerada sempre que há lesão renal aguda com sedimento activo. Apesar de ser uma patologia habitualmente tratável com imunossupressão, a cronicidade das lesões impossibilitou a evicção de suporte dialítico.

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS LCD #4

PO-04-01

PANCITOPÉNIA EM DOENTE COM COINFEÇÃO VIH/VHC

Ana Bento Rodrigues, Laura Pereira, Tiago Petrucci, Francisca Oliveira, Cátia Albino, Paulo Cantiga Duarte, José Luis Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE-HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA I

Homem de 55 anos, caucasóide, sem antecedentes pessoais de relevo. Internado para estudo de síncope de repetição aquando o levante, esporádicos, desde há 1 ano. Referia tonturas antes do evento, sem outros pródromos e incontinência de esfíncteres. Sem alterações de relevo ao exame objectivo. Laboratorialmente destacava-se pancitopénia – hemoglobina de 9.8 g/dL, leucócitos de 3320/µL e plaquetas de 73 000/µL — sem outras alterações. Realizou TC-CE sem alterações, estudo doppler dos vasos do pescoço e transcraniano sem placas que condicionassem estenose vascular, ecocardiograma transtorácico sem alterações e EEG sem actividade epiléptica. Durante o internamento verificou-se persistentemente hipotensão ortostática com valores de tensão diastólica > 10mmHg entre os valores em decúbito e ortostatismo. Quando questionado, o doente referiu história de múltiplos parceiros sexuais com prática sexual desprotegida. Detetada coinfecção VIH/VHC, com carga viral do VIH de 497559 cópias/mL e carga viral do VHC de 2033000 UI/mL; as subpopulações linfocitárias com contagem de CD4 de 110 cel/µL. As serologias para CMV, EBV e parvovírus B 19 foram negativas. Realizada TC de corpo sem alterações. Realizou mielograma que revelou "Medula hipocelular, com 14% de plasmocitos". A pesquisa de Leishmania foi negativa. Realizou biópsia óssea com "Medula com hipercelularidade moderada à custa da série branca. Maturação nas 3 séries. Desorganização dos ninhos de eritroblastos. Dismegacariopoiese. Ligeira linfocitose T e plasmocitose reactiva. Conclusão: Medula hipercelular com sinais de dismielopoiese." Foi referenciado à consulta de Imunodepressão e iniciou terapêutica antiretroviral. Verificou-se boa resposta e normalização do hemograma. Admite-se coinfecão VIH/VHC, com critérios de SIDA e pancitopénia associada ao VIH. Este caso pretende-se salientar a importância da infeção por VIH/SIDA no diagnóstico diferencial de pancitopenia, bem como a investigação de comportamentos de risco.

PO-04-02

LINFADENITE INGUINAL – UM CASO QUE CONTAGIA

Rita Gameiro, Ana Catarina Rodrigues, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 20 anos, com actividade sexual activa, não protegida, com história pessoal de mononucleose infeciosa e história familiar de linfoma não-Hodgkin, com quadro com um ano de evolução de linfadenopatias inguinais dolorosas, móveis, de consistência dura, bilaterais, fistulizadas à pele, e acompanhado de sintomas B, tendo-se observado corrimento uretral translúcido, sem resposta clínica após medicação com diferentes antibióticos. Da avaliação complementar, destacava-se ausência de parâmetros inflamatórios e serologia para Vírus Epstein-Barr compatível com infecção antiga; TC de corpo sem alterações; anatomia patológica de adenopatia inguinal com achados sugestivos de linfogranuloma venéreo. Considerando o quadro clínico e achados histológicos, assumiu-se diagnóstico presumptivo de linfogranuloma venéreo, tendo o doente iniciado doxiciclina, sendo recomendada abstinência sexual e exame da parceira sexual. Foi colhida urina para realização de PCR, aguardando-se resultado. À data da reavaliação, houvera notável melhoria clínica com regressão do volume das adenopatias. O linfogranuloma venéreo é uma doença sistémica que afeta o sistema linfático, transmitida por contacto sexual e causada pelos serotipos L1 a L3 da Chlamydia trachomatis. A sua apresentação clínica é variável, surgindo após o contacto, em até 30 dias, uma lesão ulcerosa genital, que cura espontaneamente, sendo raros os diagnósticos nesta etapa. Em duas a seis semanas, há aparecimento de linfadenopatias inguinofemorais e sintomas sistémicos, sendo o estadio em que mais frequentemente é diagnosticada no homem. Se a infecção progredir ou for subtratada, pode haver desenvolvimento de complicações. O diagnóstico é feito através de técnicas de amplificação de ácidos nucleicos, como a PCR, serologia ou achados histológicos. A primeira linha de tratamento é doxiciclina. Salienta-se a importância da suspeição clínica e o contexto epidemiológico no diagnóstico desta patologia.

PO-04-03

O QUEIJO QUE ME IA MATAR

Valentina Tosatto, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, Carina Silva, Matteo Boattini, Sara Silva, Zsófia Vesza, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - MEDICINA 4

Homem de 66 anos,natural de Lisboa, com história de valvulopatia com colocação de prótese biológica aórtica e fatores de risco cardiovascular. Internado em Março 2016 por quadro febril interpretado em contexto de infeção respiratória: isolamento de Brucella melitensis em hemocultura conhecido após a alta, tendo o dente abandonado a consulta de seguimento, sem cumprimento da antibioterapia prescrita. Do contexto epidemiológico destaca-se ingestão de

queijo não pasteurizado. Internado novamente em Setembro na Cirurgia Maxilofacial por estudo de massa parotídea esquerda, confirmando tratar-se de adenopatia extraparotidea com componente necrótico e citologia negativa para Bacilo de Koch (BK), sem sinais de atipia. Destaca-se também: TAAN negativo, IGRA positivo, pesquisa de BK negativa no suco gástrico, reação de Hudlesson positiva (1:640) e Rosa de Bengala positiva. Durante o internamento, necessidade de intervenção de urgência com colocação de EVAR por aneurisma fusiforme da aorta em rotura. Do restante estudo complementar salienta-se ecocardiograma transesofágico sem imagens de vegetação, hemoculturas negativas, liquido cefaloraquidiano sem alterações. Para confirmação de focos infeciosos metabolicamente activos foi realizada PET-TC de corpo inteiro, com evidência de doença hipermetabólica intensamente ávida a nível ganglionar latero-cervical bilateral assim como em torno da aorta abdominal. Para complementação do estudo etiológico salienta-se também pesquisa de anticorpos anti-Brucella IgG e IgM por ELISA positiva e PCR para pesquisa de Brucella em citologia de gânglio para-tiroideo direito positiva. Instituida antibioterapia com doxiciclina e rifampicina ao longo do internamento e em ambulatório, tendo cumprido também ciclo de 3 semanas com estreptomicina. Este caso representa um caso singular de infeção a Brucella melitensis, com manifestação simultânea de linfadenite extraparotidea bilateral e aortite grave.

PO-04-04

AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPOSIÇÃO DOS SERES HUMANOS DA REGIÃO COVA DA BEIRA AO AGENTE ZOONÓTICO LEISHMANIA INFANTUM

Sónia Moreira, Hugo Brancal, Miguel Castelo Branco, Ana Patrícia Lopes, Carla Maia, Luis Cardoso
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA - SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

A leishmaniose é uma doença infecciosa causada por protozoários do género Leishmania. Aproximadamente 20 espécies apresentam caráter zoonótico, sendo a transmissão efetuada sobretudo pela picada de insetos flebotomíneos hematófagos. Na bacia do Mediterrâneo é endémica a espécie Leishmania infantum, responsável pela leishmaniose visceral (LV), uma das formas mais graves da doença. O cão é o principal hospedeiro e reservatório do parasita. Apesar de endémica no nosso país, a leishmaniose humana é ainda algo negligenciada e subnotificada. Este estudo tem como principal objetivo avaliar o grau de exposição dos seres humanos da região Cova da Beira ao agente zoonótico L.infantum. Foi feito o aproveitamento de amostras de sangue e de soro de 229 participantes voluntários, para posterior realização do teste de reação em cadeia de polimerase (PCR) e teste de aglutinação direta (DAT), respetivamente. Para cada par de amostras foi também recolhida informação anónima respeitante ao sexo do dador, idade, local de residência e à posse e/ou contato com cães e gatos. Os resultados obtidos em ambos os testes foram negativos, não tendo sido detetado nenhum caso de infeção ativa ou sinal de contato prévio com o parasita. O tratamento e maior controlo dos doentes com HIV (grupo de maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doença) pode estar associada a uma queda na incidência da infeção neste grupo, tal como já se vem a verificar noutros países europeus. Também a melhoria das condições de vida poderá ter um importante papel na capacidade dos hospedeiros humanos em combater eficazmente a infecção. Por último, o maior controlo da infeção nos animais domésticos por parte da comunidade veterinária poderá estar a influenciar positivamente o bloqueio da dispersão desta endemia. Em suma, este estudo sugere a hipótese de que a infecção por a L. infantum não é endémica na população humana da região da Cova da Beira.

PO-04-05

UM CASO DE MENINGOCOCCÉMIA NO IDOSO

Alexandra Coimbra, Jorge Prazeres, Joana Rodrigues, Fernanda Mendes
HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA I-C

Introdução: Apesar de transversal a infecção por Neisseria meningitidis é mais comum em crianças e jovens adultos, sendo potencialmente fatal com o atraso no diagnóstico e consequente tratamento. Caso Clínico: Descreve-se o caso de doente do sexo feminino, 81 anos, autónoma, história de hipertensão arterial, gastrite crónica e síndrome depressivo. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de febre (38.4ºC), tosse não produtiva, rinorreia anterior, mialgias e 2 episódios de vómitos alimentares, com 1 dia de evolução. À entrada: vígil, orientada e colaborante, febril, murmúrio vesicular diminuído no campo pulmonar esquerdo. Elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 10440/L, neutrofilia 93,6%, proteína C reactiva 4.3mg/dl). Radiografia de tórax sem imagem de hipotransparência. Ainda no Serviço de Urgência inicia síndrome confusional agudo, 1 episódio de vómito em jato, necessidade de aporte suplementar de oxigénio, tomografia computorizada crânio-encefálica sem alterações. Após terapêutica sintomática com efeito foi internada no Serviço de Medicina com o diagnóstico de traqueobronquite da comunidade. Após colheita de culturas iniciada antibioterapia com amoxicilina, ácido clavulânico e azitromicina. Manteve períodos de vigília e agitação alternado com prostração, apirexia, sem novos episódios de vómito e um episódio autolimitado de livedo na face externa das coxas. Ao 3ºdia de internamento com afundamento do estado de consciência, rigidez da nuca de novo, sendo realizada punção lombar. Hemoculturas positivas para Neisseria meningitidis grupo B. Necessidade de transferência para cuidados intensivos de infeciologia, onde cumpriu antibioterapia dirigida vindo posteriormente a recuperar sem sequelas. Conclusão: Mesmo na ausência do rash típico, o diagnóstico de doença meningocócica deverá ser ponderada quando em presença de depressão aguda do estado de consciência em idosos.

PO-04-06

ENDOCARDITE A PROTEUS MIRABILLIS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Juliana Silva, Clarisse Neves, Glória Alves, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA, GUIMARÃES

Mulher de 88 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia, enviada ao SU por quadro de 10 dias de evolução de febre, astenia, anorexia, recusa alimentar com agravamento progressivo e tosse produtiva de expectoração mucopurulenta com 2 dias de evolução. Admitida por pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória do tipo 1. Realizou ciclo de antibioterapia com melhoria sintomática, no entanto por manutenção de picos febris e isolamento de Proteus mirabillis nas hemoculturas foi solicitado TC abdominal que revelou enfarte esplénico anterior com 2cm e ecocardiograma TT que revelou a presença de uma estrutura de aspecto filiforme muito móvel, com aspecto friável na face auricular do folheto posterior da válvula mitral, com 19mm, altamente sugestivo de vegetação, condicionando disfunção severa da válvula mitral. As alterações foram confirmadas por ecocardiograma transesofágico e documentou-se adicionalmente ruptura do folheto posterior da válvula mitral. Após discutido o caso com Cirurgia Cardio-Torácica, dada a ausência de condições para realização de intervenção cirúrgica, foi decidido tratamento conservador. Iniciou terapêutica com gentamicina, vancomicina e ceftriaxone que cumpriu durante 40 dias com boa evolução do ponto de vista infeccioso. Durante todo o internamento, consequência da insuficiência mitral severa, apresentou uma insuficiência cardíaca de difícil controlo, com insuficiência respiratória e sinais clínicos de instabilidade. Ao 55º dia de internamento apresentou alterações do membro inferior esquerdo compatíveis com isquemia, em contexto de embolização sistémica. Manteve-se instável e evoluiu de forma desfavorável, falecendo no 64º dia de internamento.

PO-04-07

PIOMIOSITE DA COXA E ARTRITE SÉPTICA SACRO-ILÍACA CONTRALATERAL COMO COMPLICAÇÃO DE CATETERISMO CARDÍACO EM DOENTE EM HEMODIÁLISE

Márcio Viegas, Ana Fernandes, Cristina Cândido, Sofia Coelho, Ana Farinha, Ana Natário, José Vinhas
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

A piomiosite e a artrite séptica são infeções bacterianas do músculo e articulares respetivamente, geralmente secundárias à disseminação hematogénica. Doente de 32 anos, doente renal crónica em hemodiálise, com hipertensão arterial e hiperparatiroidismo secundário. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa na coxa direita com uma semana de evolução, com agravamento nas 24 horas prévias. Em contexto de avaliação pré transplante renal tinha realizado cateterismo cardíaco pela veia femoral homolateral há 17 dias. Apresentava-se com febre e calafrio e dor intensa na face externa da coxa direita que agravava à

palpação e mobilização, sem outras alterações. Analiticamente: PCR de 12,7mg/dL, sem leucocitose (neutrofilia relativa de 91,8%), CK normal. Realizou radiografia coxo-femoral direita, ecografia de partes moles e tomografia computadorizada sem alterações significativas além de provável tendinopatia do grande trocânter. Evoluiu para sépsis grave, iniciando vancomicina e ceftazidima empiricamente. Ao D3 de internamento iniciou dor sacro-ilíaca esquerda com impotência funcional. Realizou ressonância magnética da coluna lombo-sagrada e coxa direita, compatível com piomiosite do músculo vasto externo direito e artrite séptica sacro-ilíaca esquerda. Em hemoculturas isolaram-se estafilococos meticilino sensíveis, alterando-se a antibioterapia para flucloxacillina. Manteve antibioterapia durante 6 semanas com melhoria clínica. A piomiosite é rara nos países temperados e em alguns casos associa-se a artrite séptica homolateral. Neste caso ocorreram em lados opostos, em provável contexto de bacteriémia associada ao cateterismo cardíaco. Este caso evidencia a importância do diagnóstico destas complicações perante queixas músculo-esqueléticas após procedimentos vasculares invasivos, quer isoladamente quem em simultâneo como neste caso, pela necessidade de início de antibioterapia precoce, dado o risco de formação de abcessos e evolução para formas infecciosas graves.

PO-04-08

AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPOSIÇÃO DO SER HUMANO AO AGENTE ZOONÓTICO TOXOPLASMA GONDII

Rita Pinheiro Torres, Hugo Brancal, Miguel Castelo Branco, Luís Cardoso, Patrícia Lopes
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

Toxoplasma gondii é um parasita intracelular obrigatório, pertencente ao filo Apicomplexa, sendo responsável por uma importante zoonose mundial, a toxoplasmose. As principais vias de transmissão são a horizontal, através da ingestão de quistos tecidulares presentes na carne crua ou malpassada, na água, e nas frutas e vegetais crus/mal lavados contaminados com oócitos esporulados; e a transmissão vertical, por via placentária. Em Portugal, foram reportadas elevadas prevalências em indivíduos com idade superior a 45 anos, revelando uma exposição cumulativa com a idade, e em residentes na região norte (70%), em relação ao sul (35%). Este estudo tem como principal objetivo determinar a seroprevalência de infeção por T. gondii na região Cova da Beira, bem como a existência de potenciais fatores de risco para a infeção, tendo sido analisados para o efeito as seguintes variáveis: meio (rural ou urbano), contato com animais e tipo de alimentação (consumo de carne crua/malpassada). As amostras de soro de 229 indíduos, residentes na Cova da Beira, foram analisadas para anticorpos de T. gondii, com o teste de aglutinação modificado (TAM). Foi entregue a todos os participantes um inquérito que recolhia as seguintes informações: género, idade, concelho, freguesia, meio (rural/urbano), convivência com gatos e consumo de carne crua/malpassada. Os resultados evidenciam uma seropositividade de cerca de 56,3%, contudo não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a seroprevalência encontrada e as variáveis consideradas. Ainda assim, foi comprovado um maior número de infetados nos grupos etários mais avançados, sugerindo uma exposição cumulativa a T. gondii com a idade (nos 129 resultados positivos, a média de idades era 65,02 anos). Dentro do género, foi observada uma maior frequência da infeção em homens, 65,3%, podendo este valor evidenciar um risco aumentado de seropositividade associado a atividades laborais tipicamente masculinas.

PO-04-09

DOR TORÁCICA PERSISTENTE

Catarina Cardoso, Teresa Garcia, Patricia Cachado, Sofia Barbosa, Catarina Pires, Teresa Ferreira, Karin Luz, Afonso Rodrigues,Tiago Pack,Sara Castelo Branco
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL SANTA MARTA; UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA

Espondilodiscite é uma entidade infecciosa cujo diagnóstico requer um elevado grau de suspeição, não só pela sua apresentação indolente como também pela possibilidade de evidenciar sintomas atípicos, podendo ser confundida com outras patologias. O envolvimento cervical é incomum com elevada taxa de complicações, pelo que o reconhecimento precoce e tratamento se afiguram de extrema importância. Apresenta-se um caso de uma doente de 83 anos com antecedentes de Hipertensão arterial, Cardiomiopatia isquémica com enfarte agudo miocárdio no passado submetida a angioplastia com colocação de stents, Diabetes e Patologia osteoarticular degenerativa da coluna. Admitida em internamento por suspeita de Síndrome coronário agudo com dor súbita torácica anterior e enzimologia cardiaca positiva. Foi submetida a cateterismo sem constatação de estenose critica ou reestenose do stent. Ao longo dos dias de internamento, identificou-se febre e sopro cardiaco de novo com culturas positivas para MSSA e constatação de pequena úlcera cutânea no membro inferior direito, pelo que se admitiu a sua origem na mesma. Iniciou tratamento com flucloxacilina e realizou ecocardiograma transesofágica sem identificação de vegetações. Manteve febre sem outros sintomas associados, sendo que após 10 dias de terapêutica reiniciou queixas de dor torácica anterior associadas a dor cervical com pouca melhoria após instituição de terapêutica valorizando concomitantemente progressiva redução da força muscular e hipoestesia do membro superior direito. Perante a suspeita de espondilodiscite atendendo ao historial pregresso, realizou RM cervical que confirmou a sua existência identificando igualmente abcesso epidural. O caso descrito ilustra a importância do diagnóstico diferencial e acompanhamento constante da evolução dos sinais e sintomas numa entidade de diagnóstico frequentemente tardio.

PO-04-10

UMA DOENÇA RARA COM UMA ORIGEM COMÚM.

Ana Margarida Peixoto, Fernando Correia, Carla Meira, João Andrade, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1

Introdução: O botulismo é uma doença neuroparalítica flácida resultante da acção de uma potente toxina produzida pela bactéria Clostridium botulinum. Estão descritos seis tipos epidemiológicos de botulismo (alimentar, infantil, de feridas, inalado, iatrogénico e de classificação indeterminada). O botulismo alimentar é causado pela ingestão de alimentos contaminados com essa toxina, geralmente carnes fumadas, produtos enlatados e conservas. Pode surgir de forma esporádica ou epidémica. Caso clínico :Homem,47 anos de idade. Recorreu ao SU por diplopia e disfagia. Quatro dias antes da admissão consumiu produtos fumados (alheira e chouriço). Dois dias depois do consumo iniciou vómitos alimentares e dejeções líquidas, seguidas de visão turva, diplopia e disfagia para líquidos. Ao exame objectivo destacava-se ptose da palpebra superior esquerda e pupilas midriáticas, arreactivas. Reflexos osteo-tendinosos normais. Constatada parésia do III e VI par, bilateral. Estudo citobioquimico do liquor e restante estudo analitico,TC-CE, RNM-CE e ecografia abdominal sem alterações. Após internamento no serviço de medicina interna verificada disfagia também para sólidos, obstipação, disfonia, retenção urinária e dispneia. O doente foi transferido para a unidade de cuidados intermédios de medicina com diagnóstico provável de botulismo alimentar. A electromiografia revelou alterações compatíveis com bloqueio neuromuscular pré-sináptico. Foi isolada toxina botulínica,tipo B, no soro do doente, confirmando assim o diagnóstico. O doente apresentou evolução clinica favorável,com recuperação completa, necessitando apenas de tratamento de suporte. Conclusão: Os autores pretendem alertar para esta entidade clinica que embora seja considerada rara,tem aumentando de incidência em Portugal, nas últimas décadas. No nosso país tem sido descritos casos associados à ingestão da toxina tipo B e E, não sendo necessário o recurso ao soro anti-toxina.

PO-04-11

QUANDO UMA GEA MIMETIZA UM AVC...

Joana Diogo, Cátia Carvalho, Daniana Condado, Aline Gonçalves, José Malhado
CHLC - HOSPITAL CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

A Salmonella não tifoide é o agente mais frequente de intoxicações alimentares nos países desenvolvidos pela produção e distribuição de alimentos em grande escala. De um modo geral as gastroenterites agudas (GEA) a Salmonella são clinicamente indistinguíveis das causadas por outros agentes patogénicos, mas o risco de doença invasiva é muito superior. Estima-se que 1% das infecções entéricas a Salmonella não tifoide resultem em bacteriémia, embora a verdadeira incidência seja desconhecida. Doente do sexo masculino, 72 anos, caucasiano. Recorreu ao SU por desequilíbrio, tremor, disartria, assimetria da mímica facial e diarreia líquida, sem sangue muco ou pús. Como antecedentes pessoais: Diabetes mellitus tipo2, hipertensão e neoplasia da próstata submetida a braquiterapia. À entrada no SU encontrava-se febril com temperatura timpânica

de 38.4ºC, com tremor generalizado com tónus muscular em roda dentada, desvio da comissura labial esquerda, desequilíbrio na marcha multi-direccional, Romberg positivo e rigidez da nuca. Laboratorialmente salientava-se leucócitos 4.300/mm3, neutrófilos 87.77%, PCR 128mg/L, Hb 11.5g/dl, normicítica e normocrómica, ureia 79mg/dl, creatinina 1.31mg/dl, Na+ 132mmol/L e K+ 3.3mmol/L. Realizou TC CE sem evidência de lesão isquémica ou hemorrágica agudas. Efectuou-se punção lombar com líquido cefalorraquidiano cristalino, cujo exame citoquímico e bacteriológico excluiu meningite bacteriana. Internado com as hipóteses diagnósticas de AVC isquémico lacunar agudo e GEA. Durante o internamento assistiu-se a uma boa evolução com regressão de todo o quadro clínico. Foi isolada em hemoculturas salmonela do grupo B (Salmonella typhimurium), sensível à ampicilina pelo que completou 14 dias de antibioterapia, segundo TSA. Apesar da bacteriémia a Salmonella ser muito rara este caso alerta-nos que não devemos descurar da colheita de hemoculturas na admissão. Só assim será possível diagnosticar e tratar correctamente esta forma de apresentação de GEA.

PO-04-12

TOXOPLASMOSE CEREBRAL, NEUROSIFILIS E SIDA REVELADAS APÓS AVC ISQUÉMICO

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Edgar Torre, Diana Guerra.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A toxoplasmose é a causa mais comum de lesões neurológicas focais em doentesVIH positivos. A clínica é variável e o resultado do líquor inconclusivo sendo a RMN-CE o exame de eleição para o diagnóstico presuntivo. A resposta ao tratamento define o diagnóstico. A neurossífilis é uma co-infecção frequente, sendo obrigatório o seu despiste nestes doentes. Caso Clínico: Mulher, 71 anos. Sem antecedentes conhecidos. Em Abril de 2014 recorre à urgência por alterações do comportamento e discurso incompreensível. Períodos de desorientação nas últimas semanas. À observação, não colaborante, com afasia mista e hemianópsia temporal direita. TC-CE com sinais de isquemia recente no lobo occipital esquerdo, sendo internada com o diagnóstico de AVC. No estudo realizado VDRL e FTA-ABS séricos positivos (pos). LCR com 8 leucócitos, hiperproteinorráquia, VDRL negativo (neg) e FTA-ABS (IgG) pos. Perante neurosifilis, iniciou tratamento. Serologia pos para VIH1. Decidido reavaliação imagiológica cerebral, desta forma foi realizada RM-CE que revela lesão ocupando espaço (LOE) na região occipital esquerda com edema digitiforme, compatível com toxoplasmose. Serologia da toxoplasmose IgG pos com PCR no líquor neg. Tratamento com ácido folínico, pirimetamina e sulfadiazina, complicado com toxicidade cutânea, hepática e hematológica, que necessitou de corticoterapia. Contagem de CD4: 65/mm3 e carga vírica: 106.928 cópias/ml. Após 3 semanas a RMN-CE mostrou redução da LOE. Melhoria clínica franca. Apurou-se via de transmissão sexual. Conclusão: As infecções oportunistas e as co-infecções ainda são uma forma de apresentação frequente da infecção por VIH. Nesta doente idosa que se apresenta com sinais neurológicos focais, o diagnóstico de AVC isquémico poderia ter sido satisfatório, mas como se constatou, incompleto. Salienta-se a importância do estudo etiológico que inclui o VDRL e o VIH, inclusive na população idosa, essencial para o diagnóstico de infeção VIH/SIDA

PO-04-13

PATOLOGIA DO "CORAÇÃO DIREITO" – UM CASO DE ENDOCARDITE REFRACTÁRIA COMPLICADA

Ana Beatriz Amaral, João Rosa, Cláudia Rodrigues, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 30A, com antecedentes de toxicodependência EV e endocardite da tricúspide a Staphylococus aureus meticilino-sensível (SAMS), há 3 meses, medicado com flucloxacilina. Recorreu ao SU por tosse produtiva hemoptóica, febre, anorexia e cansaço fácil, há 3 dias. Exame físico: pálido, anictérico, taquipneico, T 38,6ºC, hipotenso; tumefacção venosa jugular, refluxo hepatojugular +; sons cardíacos rítmicos, sem sopros audíveis, taquicárdico; MV mantido, fervores discretos. Hepatomegália congestiva; sem edemas periféricos. Pele sem lesões. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR 19,8 mg/dL. Radiografia de tórax: infiltrados nodulares bilaterais. EcoTT: ´duas imagens sugestivas de vegetações adjacentes às cúspides da válvula tricúspide; regurgitação tricúspide severa; cavidades direitas muito dilatadas; VD com função global diminuída; VE com função global preservada; AE não dilatada; sem derrame pericárdio´. Colheu exames bacteriológicos e iniciou empiricamente vancomicina e gentamicina. TC de tórax: "algumas lesões nodulares, com distribuição aleatória bilateral, atribuíveis a êmbolos sépticos e múltiplas áreas de consolidação com broncograma aéreo, de predomínio periférico, em provável relação com pequenos abcessos". As hemoculturas foram + para SAMS e o exame cultural da expetoração foi negativo. A antibioterapia foi descalonada para flucloxacilina. O doente manteve-se febril durante 4 semanas de antibioterapia e as hemoculturas de controlo mantiveram-se positivas. Por sugestão da Infecto, associou-se rifampicina, com apirexia após 7 dias, negativação de hemoculturas e regressão parcial dos êmbolos sépticos pulmonares, mantendo as vegetações endocárdicas características sobreponíveis. O doente foi referenciado à Cardiologia e aguarda decisão de cirurgia valvular. Pretende-se salientar a formação de abcessos e êmbolos como causa frequente de febre prolongada e infeção não controlada, na endocardite infeciosa, indicação importante para cirurgia valvular.

PO-04-14

UMA FEBRE RURAL

João Olivério Ribeiro, João Pinto Machado, Sofia Costa Martins, Ana Abreu Nunes, Joana Marques, Eurico Oliveira, João Alexandre, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Introdução A Febre Q é uma zoonose provocada pela Coxiella Burnetti. A apresentação clínica é variável, desde assintomática a síndrome gripal, febre, hepatite ou pneumonia na infeção aguda, ou endocardite e osteomielite na crónica. O diagnóstico é feito a partir de serologias. Caso Clínico Homem de 28 anos, trabalhador rural, recorreu ao Serviço de Urgência por febre alta, picos de 4 em 4 horas, mialgias e cefaleias com 5 dias de evolução. Negava queixas respiratórias, urinárias ou gastrointestinais. Referia ingestão de água de poço não controlada, negando consumo de lacticínios ou carnes não tratadas, contacto com animais, viagens recentes ou comportamentos de risco. Antecedentes pessoais de asma. Sem medicação habitual. Ao exame objetivo apresentava-se febril, com abdómen doloroso à palpação no hipocôndrio direito. Sem outras alterações. Realizou análises, com trombocitopenia, elevação das transaminases e da PCR, e ecografia abdominal com hepatomegalia, sem dilatação das vias biliares. Foi internado e medicado com doxiciclina, ficando apirético. Foram pedidas serologias, negativas para Borrelia Burgdoferi, Coxiella Burnetii e Rickettsia Conorii. Optou-se por manutenção da antibioterapia em ambulatório até 14 dias e reavaliação em Consulta com repetição de serologias e ecocardiograma. As serologias revelaram IgG fase II de 128 (referência ≥128; previamente <64), e IgG fase I <64 (referência ≥64) para Coxiella Burnetii, e o ecocardiograma excluiu endocardite, fazendo-se o diagnóstico de febre Q aguda. Conclusão: Mesmo sem contacto direto com animais, a água não controlada em meio rural constitui um provável reservatório. A negatividade das serologias, perante suspeição clínica não exclui o diagnóstico, uma vez que a seroconversão se faz 7 a 15 dias após o início dos sintomas. O pico de reatividade é 4 a 8 semanas após o início da doença, pelo que as serologias devem ser repetidas 3 a 6 semanas depois.

PO-04-15

OSTEOMIELITE VERTEBRAL, UM DIAGNÓSTICO QUE PRESUME ELEVADO GRAU DE SUSPEITA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fátima da Cruz, Inês Chora, Andreia Cruz, Isabel Abreu
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, MEDICINA INTERNA

A osteomielite vertebral (OV) na maioria dos casos resulta da disseminação hematogénica a partir de um foco primário de infeção. Alcoolismo, tabagismo e infeções estão entre os fatores de risco. Homem 48 anos, autónomo, baixo estatuto socioeconômico, com ureterocelo congénito, tabagismo e alcoolismo activos. Várias idas ao Serviço de urgência (SU) nos últimos 3 meses por febre, disúria e lombalgia intensa com irradiação para flanco e coxa esquerdos,

assumidas e tratadas como infeções urinárias/prostatite. Em Out/2015 voltou ao SU por persistência das queixas. Na admissão, febril mas estável hemodinamicamente. Murphy renal negativo. Dor intensa à palpação-percussão da coluna lombar e região paravertebral. Toque prostático doloroso. Análises com neutrofilia e proteína C reactiva 240mg/L, aumento de enzimas de citocolestase, função renal normal, leucoeritrocitúria. Ecografia abdomino-reno-pélvica com sinais de hepatopatia crónica, sem coleções renais ou litíase, ureterocelo esquerdo sem repercussão renal. Ficou internado por provável prostatite recidivante, sob cefriaxone, após colheita de urocultura (UC) e hemoculturas (HC). Por lombalgia incapacitante, realizou TC da coluna lombar, que mostrou OV em L2-L3. Para esclarecimento fez RM que confirmou o anterior, com envolvimento canalar e abcessos do psoas. Associou-se vancomicina ao ceftriaxone. Do estudo sético, brucelose, tuberculose e HC negativos, UC positiva a S. aureus multissensível. Por persistência de dor e instabilidade vertebral, decidida abordagem cirúrgica. Drenados abcessos, com isolamento do mesmo agente microbiólogico da UC. Descalou-se terapêutica para flucloxacilina ev. Evolução favorável, com alta após 4 semanas de antibioterapia ev. Fez em ambulatório 8 semanas de rifampicina e levofloxacina orais. Atualmente assintomático, e última RM sem sinais de abcesso. A OV apresenta-se de modo insidioso e com sintomas vagos. Deste modo, é necessário um elevado grau de suspeita para um diagnóstico precoce.

PO-04-16

UM CASO FATAL DE MENINGITE MENINGOCÓCICA

Ana Carolina Andrade, Mónica Pedro, António Vieira, Fernanda Martins, Fátima Campante
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL NOSSA SENHORA ROSÁRIO, CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO, EPE

A Meningite Meningocócica resulta da infecção das meninges pela bactéria gram-negativa, Neisseria meningitidis, cujo quadro clínico é diverso, de febre transitória e bacteriémia, a doença fulminante que culmina em morte em poucas horas. Em Portugal de 2010 a 2013 foram notificados 323 casos de meningite meningocócica, dos quais 35 ocorreram em idade superior a 65 anos. Os autores apresentam o caso de mulher de 65 anos com antecedentes pessoais de dislipidémia e obesidade. Admitida no Serviço de Urgência por febre associada a cefaleias e vómitos, com menos de 24 horas de evolução. Ao exame objectivo destacou-se, doente vigil, febril, normotensa e rigidez da nuca com restante exame neurológico sem alterações. Realizou punção lombar, com saída de líquido ligeiramente turvo e positividade para o antigénio Neisseria meningitidis, tendo iniciado antibioterapia dirigida. As hemoculturas foram positivas ao mesmo agente patogénico. Inicialmente, as análises revelavam trombocitopénia de 135000/L e proteína C reactiva (PCR) de 94.4 mg/L. Em poucas horas, verificou-se um agravamento dos parâmetros laboratoriais, com plaquetas de 44000/L, alterações das provas de coagulação e PCR de 253.5 mg/L. A doente evoluiu com depressão do estado de consciência, hipotensão e com aparecimento súbito de sufusões hemorrágicas coalescentes. Foi admitido Choque Séptico e Púrpura Fulminante a Meningite associada a Meningococémia. Após medidas farmacológicas dirigidas e início de ventilação mecânica, a doente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos do respectivo hospital, com evolução clínica catastrófica em 24 horas. Este caso realça a evolução galopante e letalidade da meningite meningocócica, de forma enfatizar a importância da abordagem do doente crítico.

PO-04-17

CORPO ESTRANHO - UMA CAUSA ABDOMINAL DE SÉPSIS

Francisca Abecasis, Ana Catarina Duarte, Catarina Valadão, José Nuno Raposo
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com 57 anos, com antecedentes de asma brônquica, diabetes mellitus tipo 2, trombose venosa cerebral complicada de hidrocefalia, hipotiroidismo e doença bipolar.Internada para esclarecimento de quadro, com 5 dias de evolução, caracterizado por náuseas, vómitos e dejecções diarreicas que se associavam a períodos de confusão mental e a episódio de lipotimia. Avaliação compatível com quadro de choque séptico, provável ponto de partida abdominal. Realizou tomografia computorizada (TC), com "marcada distensão das primeiras ansas de delgado com imagens em pilha de moedas e níveis hidroaéreos; sem imagens de pneumatosis intestinal havendo bolhas de gás intraluminais; quadro cólico com espessamento e realce parietais com áreas de distensão moderada, intercalado com áreas espásticas; Líquido interansas. Adenopatias na raiz do mesentério, valorizáveis pelo número, não patológicas". Após colheita de hemoculturas e coproculturas (que se revelaram negativas) iniciou antibioterapia empírica com ciprofloxacina e metronidazol que cumpriu por 8 dias. Foi considerado não existir "patologia intra-abdominal com indicação cirúrgica urgente". Assistiu-se a melhoria clínica tendo tido alta ao 9º dia de internamento. Avaliada em consulta cerca de um mês após a alta, encontrava-se assintomática. Na TC destacava-se presença de imagem linear densa grosseira endoluminal de ansa ileal, com 25mm. Na segunda consulta, repetiu TC, destacando-se "não existe distensão das ansas de delgado, nem o espessamento parietal intestinal e cólico. Não se verifica a ascite, nem adenopatias. Não se visualiza a imagem endoluminal a nível ileal descrita no exame anterior, documentando-se, contudo, várias imagens lineares, mais finas e dispersas pelo lúmen cólico, que se interpretam como pequenas espinhas". Os autores concluem assim que o quadro séptico que motivou o internamento da doente se deveu à presença de corpos estranhos endoluminais a nível intestinal.

PO-04-18

NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Marques, Sara Coelho, Ana Sofia Cunha, Daniela Linhares, Sérgio Silva
CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Neurossífilis consiste na infeção do sistema nervoso central (SNC) pelo Treponema pallidum. A apresentação clínica varia entre doença precoce ou tardia com manifestações clínicas e gravidade muito variáveis. Homem de 46 anos, divorciado, numa relação homossexual, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, síndrome de apneia obstrutiva do sono sob ventilação não invasiva e sífilis secundária tratada no médico assistente há cerca de 1 ano. Recorreu à urgência com cefaleia hemicraniana à direita, sensação de corpo estranho no olho direito e diplopia com 4 dias de evolução. Ao exame neurológico com diplopia na supra e levoversão do olhar com nistagmo vertical, sem outras alterações. TC cerebral sem lesões isquémicas, analiticamente sem alterações de relevo e ECG em ritmo sinusal. Observado por Oftalmologia com alterações compatíveis com paresia do músculo reto superior. Por suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) da circulação posterior foi admitido na unidade de AVC. Realizou RMN Cerebral e orbitária sem alterações isquémicas ou lesão ocupante de espaço e Ecodoppler vasos pescoço/transcraneano sem lesões significativas. Serologicamente com HIV e HCV negativos, imunidade para o HBV por contacto prévio, VDRL negativo com FTA/ABS e TP-PA reactivos. Realizada punção lombar com saída de líquido limpido, com 8 células/uL (0 eritrócitos), sem consumo de glicose e com proteinorráquia 1,3g/L. O VDRL do líquido cefalo-raquídiano (LCR) foi negativo, com FTA/ABS duvidoso. Iniciada terapêutica dirigida com Cefriaxona e Probenecid no esquema recomendado com resolução da cefaleia e diplopia. O doente foi orientado para consulta externa com indicação de repetir a punção lombar em 6 meses. A Neurossífilis é uma entidade de apresentação clínica variável e diagnóstico difícil. Deve ser sempre considerada em doentes com queixas relativas ao sistema nervoso central. A resposta ao tratamento deve ser monitorizada de forma a garantir a resolução das alterações do LCR.

PO-04-19

ESPONDILODISCITE A STAPHYLOCOCCUS WARNERI EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Ana Campos Nogueira, Fátima Silva, Frederico Duarte, Rui Môço, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Staphylococcus warneri é uma bactéria Gram positiva, habitualmente não patogénica, que faz parte da flora comensal da pele. A maioria dos casos de infeção por este microorganismo ocorrem em indivíduos imunodeprimidos submetidos a tratamentos invasivos ou portadores de dispositivos médicos implantáveis. As infeções em imunocompetentes são raras, existindo poucos casos descritos. Apresenta-se o caso clínico de um doente imunocompetente, com dor lombar cujo estudo revelou espondilodiscite a Staphylococcus warneri. Trata-se de um homem de 76 anos, diabético insulinotratado, com fibrilhação

auricular e portador de pacemaker há mais de 10 anos. Internado para investigação de quadro recente de alteração do estado de consciência, com desorientação e agitação psicomotora. Também apresentava queixas de dor lombar com mais de um mês de evolução. Nesse sentido, realizou estudo imagiológico que mostrou espondilodiscite L3-L5 com abcessos paravertebrais, intracanalares (a condicionar compactação das raízes da cauda equina) e com extensão ao psoas direito. O estudo microbiológico da punção de um dos abcessos paravertebrais, guiada por tomografia computorizada, mostrou Staphylococcus warneri multissensível. Atendendo às alterações neurológicas foi assumido envolvimento do sistema nervoso central, pelo que foi ajustada antibioterapia para doses meníngeas (ceftriaxone). Realizou ecocardiograma que não se mostrou a favor da presença de endocardite. As hemoculturas foram sempre negativas. Apesar da antibioterapia dirigida e desbridamento cirúrgico manteve persistência das alterações do estado neurológico, desenvolveu síndrome de cauda equina e acabou por falecer. Este caso clínico retrata uma infeção agressiva com evolução desfavorável, causada por microrganismo habitualmente não infecioso em doente imunocompetente. Discutem-se causas que poderão ter conduzido a esta infeção.

PO-04-20

ENDOCARDITE INFECIOSA COM ROTURA DE ANEURISMA MICÓTICO.

Carlos Anjo**, Marisa Araújo*, Patrícia Aranha ***, Antónia Gomes *, Francisco Cunha, , Sérgio Pinto **, Sofia Narciso **, Manuel Fernandes **, Fátima Duarte**, Glória Nunes da Silva **, Susana Boavida*.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE: SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS*, SERVIÇO DE MEDICINA III B**, SERVIÇO DE MEDICINA ID***

Endocardite infeciosa tem uma incidência estimada em 12.7 /100.000 hab/ano. Apresenta-se o caso, mulher 74 anos, caucasiana, antecedentes de status pós adenocarcinoma gástrico. É admitida por quadro de astenia com 2 meses de evolução. Da observação destaca-se doente subfebril, auscultação cardíaca com sopro sistólico grau IV/VI em foco aórtico, sem sinais de insuficiência cardíaca descompensada. ECG com ritmo sinusal 67 bpm. Analiticamente com anemia NN (Hb 9.8mg/dL), PCR 5.42mg/dL sem leucocitose ou neutrofilia, com trombocitopenia (123000/u), sem alteração da coagulação. Ecocardiograma transtorácico com vegetação de 13mm em folheto anterior da válvula mitral. Iniciou antibioterapia empírica com Ampicilina e Gentamicina, no 2º dia de internamento com isolamento de Strep. gallolyticus em hemoculturas, substituiu-se Ampicilina por Benzilpenicilina, em dose de sistema nervoso central. Realizou TC-CE, TC abdominal e RMN-CE que revelaram embolização séptica cerebral e esplénica. No 11º dia de internamento, por apresentar sinais focais, realizou TC-CE de urgência com hemorragia do sulco central direito. Por episódio de mioclonías realizou EEG que revelou descargas periódicas epileptiformes fronto-temporais. Realizou angiografia cerebral que revelou aneurisma micótico com 4mm em ramo distal parietal da artéria cerebral posterior direita. Ao 26º dia de internamento, por alteração do estado de consciência, foi solicitado TC-CE de urgência, que revelou rotura de aneurisma micótico, com desvio da linha média de 8mm. Transferiu-se para UCI, submetida a intervenção cirúrgica, tendo acabado por falecer nesta unidade. Discute-se a rápida progressão de um caso de doente com endocardite infecciosa de válvula aórtica nativa com embolização séptica esplénica e cerebral, ocorrendo transformação hemorrágica de acidente vascular isquémico com epilepsia sequelar. Discute-se também a rotura de aneurisma micótico que condicionou o desfecho do caso.

PO-04-21

GASTROENTERITE… OU TALVEZ NÃO!

Carlos Anjo, Sérgio Pinto, Sofia Narciso, Manuel Fernandes, Mónica Pereira, Fátima Duarte, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III B

Strongyloides stercoralis é um nemátodo com baixa prevalência em Portugal, frequente em solos húmidos de países tropicais. Apresenta-se o caso, mulher 30 anos, melanodérmica, natural de S. Tomé Príncipe, em Portugal há 15 anos, sem viagens ao estrangeiro desde então. Com antecedentes de asma, défice de proteína S, status pós tromboembolismo pulmonar e tuberculose pulmonar. Hipocoagulada com varfarina. Admitida por vómitos, diarreia e dor abdominal, sem fatores de alívio ou agravamento, com 2 semanas de evolução. Da observação destacava-se doente apirética, abdómen doloroso à palpação epigastro e hipocôndrio direito. Analiticamente eosinofilia 790/mcL, PCR 1.2mg/dL, sem anemia, sem leucocitose, provas de função hepática normais, amílase 56 U/L, VIH negativo, ADA, ECA e VS normais, estudo auto – imune negativo, hemoculturas negativas, coprocultura e pesquisa parasitas nas fezes negativo, teste de IGRA positivo. Radiografia abdominal sem níveis hidroaéreos, ecografia abdominal sem alterações relevantes, TC-TAP com impactação mucóide na base pulmonar inferior direita, broncofibroscopia com alterações secundárias a sequelas de tuberculose endobrônquica, lavado broncoalveolar negativo para células neoplásicas, bacteriológico, micobacteriano e micológico. Mielograma com aumento de eosinófilos (10%). Realizou EDA com biopsia de D2 e antro gástrico com gastrite antral com infiltrado linfoplasmocitário de eosinófilos em córion duodenal. Colonoscopia total e ileoscopia sem lesões, biopsia de íleo terminal e rectal com infiltrado linfoplasmocitário de eosinófilos. Serologias de shistossoma mansoni e dirofilaria imitis negativas e strongyloides stercoralis positivas. Durante internamento observou-se aumento de eosinofilia com valor máximo de 4655/mcL, iniciou ciclo de albendazol, com boa resposta laboratorial e clínica. Discute-se um caso de estrongiloidose por strongyloides stercoralis, com afetação gastrointestinal por enterite eosinofílica.

PO-04-22

PNEUMONIA POR INFLUENZA A - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Arsénio Barbosa, Sara Ferreira, Sérgio Silva
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Na maioria dos casos, a infeção por Influenza A é autolimitada. No entanto, em grupos de risco, está associada a elevada morbimortalidade. Apresenta-se o caso clínico de doente do género masculino, 67 anos de idade, que recorreu ao médico assistente por tosse com expectoração mucosa, com uma semana de evolução, tendo sido medicado sintomaticamente durante 5 dias. Por desenvolvimento de dor torácica pleurítica de novo, febre (temperatura axilar máxima 39ºC) e lipotímia, recorreu ao Serviço de Urgência. Foi internado com o diagnóstico de sépsis com disfunção hematológica e respiratória, com ponto de partida em provável Pneumonia Adquirida na Comunidade e iniciou antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina. Em D3 de internamento, desenvolveu quadro de tosse hemoptóica, dispneia e sinais de dificuldade respiratória, com hipoxemia grave, realizando-se tomografia axial computadorizada de tórax com contraste: "extensa densificação em vidro despolido associada a espessamento dos septos intra-lobulares, de predomínio nos lobos inferiores, traduzindo provavelmente hemorragia alveolar´. Foi transferido para Unidade de Cuidados Intermédios e iniciou pulsos de metilprednisolona empiricamente por suspeita de vasculite com antigimento pulmonar. Associado também oseltamivir. Por evolução clínica e gasimétrica desfavorável, proposta admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Do estudo efetuado, de salientar, estudo imunológico negativo, VIH negativo, PCR Influenza A lavado bronco-alveolar positivo. Completou 10 dias oseltamivir com melhoria progessiva de disfunção respiratória, redução do FiO2, apirexia sustentada e marcadores inflamatórios em decrescendo. Foi transferido para enfermaria após 12 dias em UCI, com resolução de insuficiência respiratória. Por miopatia do doente crítico, realizou programa de reabilitação, para recuperação de autonomia prévia com sucesso. Teve alta ao 24º dia de internamento com resolução de quadro infecioso e sem necessidade de oxigenoterapia.

PO-04-23

QUANDO UMA PNEUMONIA SE TRANSFORMA NUMA NOCARDIOSE COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO INVASIVA

Joana Santos, Maria Inês Ribeiro, Susana Escária, Renato Cunha, Vasco Neves, Vera Sarmento, Manuel Amoedo, Tereza Veloso, Conceição Barata
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E.

A nocardiose (NC) é tipicamente uma infeção oportunista com capacidade de disseminação para qualquer órgão e risco de recidiva. O diagnóstico definitivo requer o isolamento do microorganismo, o que não é fácil. Apesar de não existirem sinais e sintomas patognomónicos de NC esta deve ser suspeitada em

qualquer doente imunocomprometido com infeção respiratória que apresente concomitantemente lesões cerebrais, cutâneas ou dos tecidos moles. Doente com polirradiculopatia desmielinizante inflamatória crónica progressiva com má resposta terapêutica a prednisolona 1mg/kg/dia. É instituída terapêutica com imunoglobulina ev após a qual surge quadro de febre, tosse, dispneia progressiva e rash cutâneo. À observação, polipneico, com murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases e fervores crepitantes bibasais à auscultação pulmonar; e exantema com pústulas de base eritematosa no tronco, não pruriginosas. A gasometria arterial evidenciava hipoxemia grave e hiperlacticidémia; analiticamente destacava-se PCR 44.4 mg/dL e a radiografia de tórax mostrava infiltrado intersticial bibasal. Admitiu-se pneumonia e possível reativação herpética no contexto da imunodepressão. Por agravamento clínico com necessidade ventilação mecânica invasiva, foi transferido para a unidade de cuidados intensivos. Realizou tomografia computorizada de tórax que mostrou condensação com broncograma aéreo de ambos os lobos inferiores e focos de condensação nodulares dispersos. No 6º dia de internamento foi isolado em hemoculturas, aspirado traqueo-brônquico e pús, Nocardia spp, tendo-se iniciado terapêutica dirigida. Este caso clínico ilustra uma infeção disseminada por Nocardia com provável ponto de partida respiratório, enfatizando a possível gravidade de uma NC. Sendo uma infeção cada vez mais prevalente é importante a suspeição clínica precoce de modo a notificar o laboratório aumentando a probabilidade e a precocidade do diagnóstico.

PO-04-24

LEPTOSPIROSE – CASUÍSTICA DE UM CENTRO URBANO

Ricardo Marinho, Isabel Furtado, Fernanda Almeida, Fabienne Gonçalves, João Araujo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL SANTO ANTÓNIO - CENTRO HOSPITALAR PORTO

INTRODUÇÃO: A leptospirose é a zoonose mais frequente no mundo, causada pelas espécies patogénicas do género Leptospira, cuja transmissão ocorre por águas contaminadas por urina de cães, ratos ou bovinos. Homem tem formas de apresentação clinicas variáveis, que vão de ligeiras como a febre sem foco, a formas graves com disfunção múltipla de orgãos e elevado risco de mortalidade. MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos, dos doentes internados com o diagnóstico de leptospirose confirmada, num hospital central de 2010 a 2015. RESULTADOS: Foram identificados 6 casos de Leptospirose, sendo 4 do sexo masculino com idade média de 55 anos, dos quais 5 foram confirmados por pesquisa de DNA de Leptospira spp na urina e 1 por serologia por ELISA. Todos eram residentes e/ou trabalhadores em meio rural e tinham contacto directo com animais. A duração média de internamento foi de 12 dias, verificando-se necessidade de ingresso em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em 50% dos casos. Os sintomas mais comuns foram: anorexia (66%), febre (50%), náuseas (50%) e cefaleias (33%). As formas ictéricas ocorreram em 50% dos casos, assim como a presença de organomegalia. Analiticamente, apresentaram trombocitopenia - 100% dos casos, lesão renal aguda - 83%, insuficiência respiratória - 66%, sendo que um necessitou de ventilação invasiva. Apresentaram-se com síndrome de Weil 50% dos casos (2/3 ingressou na UCI). A meningite asséptica foi documentada em 16% dos casos. A taxa de mortalidade foi nula. Em todos os casos a antibioterapia foi instituida precocemente, sendo que 5/6 foram medicados com a Doxicilina e 1/6 medicado com Ceftriaxone. CONCLUSÃO: A prevalência da leptospirose num hospital de um centro urbano é baixa, deve contudo ser considerada no diagnóstico diferencial do síndrome febril, sobretudo quando este cursa com disfunção hematológica, renal ou hepática.

PO-04-25

UMA CAUSA RARA DE TROMBOSE INTRA-ABDOMINAL EXTENSA

Joana Rosa Martins, Maria João Gonçalves, Filipe Filipe, Rodrigo Valido, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

A veia porta resulta da confluência das veias esplénica e mesentérica superior, podendo ser sede de trombose aguda ou crónica. A trombose aguda não se acompanha dos achados típicos de hipertensão portal tendo como manifestação mais frequente a dor abdominal. As etiologias são múltiplas destacando-se as trombofilias, os processos inflamatórios intra-abdominais e a compressão extrínseca. Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 48 anos, com antecedentes irrelevantes, com múltiplas idas à urgência nos últimos 10 dias por quadro de dor abdominal intensa, tipo cólica, tendo tido sempre alta com terapêutica sintomática. Por ausência de melhoria recorreu a esta unidade hospitalar tendo a avaliação analítica revelado elevação da PCR, procalcitonina negativa, discreta elevação dos parâmetros de citocolestase hepática e D-Dímeros. A ecografia abdominal mostrou apenas ligeira dilatação das vias biliares intra-hepáticas, sem dilatação da via biliar principal. Para esclarecimento do quadro realizou TC abdomino-pélvica com contraste ev que revelou "aumento do calibre e presença de conteúdo na veia mesentérica superior, bem como na veia esplénica e porta traduzindo trombose extensa". O doente iniciou hipocoagulação, antibioterapia profiláctica e analgesia. Ao 3º dia de internamento ocorreu agravamento das queixas álgicas, sendo a reavaliação imagiológica sugestiva de edema da parede intestinal. Por hipótese diagnóstica de isquémia intestinal por congestão venosa, o doente foi transferido para serviço de Cirurgia, tendo ocorrido evolução favorável sem necessidade de terapêutica cirúrgica. O estudo etiológico excluiu trombofilias hereditárias e adquiridas tendo mostrado infecção pelo VIH, desconhecida até à data. Vários case reports têm sugerido uma relação entre o VIH e o risco de trombose, quer por mecanismos de hipercoagulabilidade quer de vasculopatia, realçando este caso a importância da sua suspeição diagnóstica na abordagem aos eventos trombóticos.

PO-04-26

ABCESSO DENTÁRIO COMO PONTO DE PARTIDA PARA INFEÇÃO DISSEMINADA

António Fontes, Carolina Vidal, Cláudia Rodrigues, Luís Dias, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Doente do sexo feminino, 57 anos, com os antecedentes pessoais de síndroma de Sheehan (diagnosticado 1999); hipertensão arterial e obesidade, foi trazida ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com cerca de uma semana de evolução de febre e mal-estar geral, acompanhado por desorientação, alterações do comportamento e cefaleia no dia anterior. À observação no SU a doente encontrava-se sonolenta, hipotensão arterial, taquicardia, febre e saturação periférica de 93% em ar ambiente. Realizou fluid challenge, colheu exames culturais e iniciou empircamente antibioterapia com meropenem e vancomicina e foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos com diagnóstico de sépsis grave. Para esclarecimento do quadro realizou diversos exames complementares de diagnóstico, destacando-se: sedimento urinário inocente, radiografia do tórax sem alterações pleuroparenquimatosas e tomografia axial computorizada (TAC) do crânio que revelou apenas enfartes laculares antigos. Procedeu-se a punção lombar, com saída de líquido cerebroespinhal (LC) transparente com análise citoquímica sem alterações relevantes. Para esclarecimento do foco séptico, solicitou-se avaliação por ecografia abdominal e posteriormente TAC que evidenciaram múltiplos pequenos abcessos renais e microabcessos hepáticos. Efetuou ecocardiografia transesofágico que excluiu endocardite. Os exames microbiológicos: hemoculturas, urocultura, cultura do LC e o aspirado brônquico, não isolaram agentes. Durante o internamento, foi recebida a informação de que a doente nas semanas anteriores teria cumprido tratamento para abcesso dentário mantendo, contudo, odontalgia. Assumiu-se como ponto de partida da infecção o abcesso dentário. Este caso vem realçar a importância de uma adequada higiene oral durante a terapêutica a longo prazo com corticosteróides e ao mesmo tempo, alertar para o tratamento e seguimento adequado dos doentes com infeções periodontais, especialmente em situações de imunossupressão.

PO-04-27

TUBERCULOSE MENÍNGEA – QUANDO SUSPEITAR?

Mário Santos, Filipa Ceia, Rita Ferraz, Cristóvão Figueiredo, Paulo Andrade, Ana Cláudia Carvalho, António Sarmento
HOSPITAL DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Apesar dos meios laboratoriais disponíveis, o diagnóstico de tuberculose do sistema nervoso central (SNC) raramente é confirmado pela identificação do seu agente etiológico. Caso clínico: Homem de 44 anos com infecção VIH (linf. T CD4+ 442/mm3), hepatite C crónica e dependente de drogas injectáveis. Internado em Março/2014 por endocardite da válvula mitral por Staphylococcus aureus e suspeita de embolização cerebral. Abandonou o internamento, sem completar o tratamento. Reinternado em Abril/2015 por alteração do estado de consciência. Ressonância magnética cerebral mostrou prováveis abcessos cerebrais. Iniciou ceftriaxone e metronidazol com melhoria clínica e imagiológica. Sem critérios de endocardite. Em D34, inicio de febre, cefaleia e rigidez da nuca. Punção lombar (PL) revelou pleocitose (1844 cél/uL) com 58% de polimorfonucleares (PMN), glicose liquor(LRC):plasma 0.25, proteínas 2,48 g/dL e adenosina deaminase (ADA) de 5 U/L. Melhoria clínica imediata no pós-procedimento. Alterada antibioterapia para vancomicina e meropenem por provável meningite nosocomial. Após 5 dias de tratamento, repetiu PL (pressão de abertura de 32cmH_2O) que mostrou aumento da pleocitose (2700 cél/uL com 60% de PMN) e ADA de 7 U/L. Associado fluconazol à antibioterapia em curso por suspeita de criptococose. Deterioração neurológica com confusão e parésia do III par craneano, repetindo PL que revelou ADA de 10 U/L, sem melhoria dos restantes parâmetros. Bacteriológicos, micológicos e antigénio criptocócico no LCR e sangue negativos. Iniciou antibacilares e corticoterapia sistémica com evolução clínica favorável. Alta assintomático. A pesquisa de Mycobacterium tuberculosis no LCR (microscopia, cultura e biologia molecular) foi sempre negativa. Conclusão: A suspeita de tuberculose do SNC deve ser colocada perante défices neurológicos, nomeadamente parésia de pares craneanos, e alterações do LCR, com destaque para a hipoglicorraquia, após exclusão de outras etiologias.

PO-04-28

FEBRE DE CAUSA INDETERMINADA - INFEÇÃO PRÓTESE AORTO-BIFEMORAL

Pedro Marques, Sara Coelho, Daniela Linhares, Maria Dolores Pinheiro, Sérgio Silva
CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Metade dos casos de febre de origem indeterminada (FOI) permanece com diagnóstico desconhecido. Em cerca de 15% dos casos é identificada uma causa infeciosa. A infeção de bypass aorto-bifemoral é uma complicação rara associada à correção cirúrgica dos aneurismas da aorta abdominal. Homem, 74 anos, história de insuficiência cardíaca isquémica, doença renal crónica estadio 3 NFK e cirurgia de bypass aorto-bifemoral há 12 anos por aneurisma aorta abdominal. Síndrome febril com 2 meses de evolução com ponto de partida em presumível celulite do membro inferior esquerdo com múltiplos esquemas de antibioterapia e internamento hospitalar por Dermatologia. À admissão febril, estável hemodinamicamente, sem queixas focalizadoras. Analiticamente com subida parâmetros inflamatórios e sem disfunção orgânica. Iniciada antibioterapia com Vancomicina e Piperacilina/Tazobactam. Estudo inicial com ecografia abdominal, radiografia torácica e ecocardiograma transtorácico sem identificação de foco infecioso. Dada a suspeita de infeção bypass aorto-bifemoral realizado Angio TC abdomino-pélvico e identificadas formações ganglionares e densificação gordura sem coleções inflamatórias ou trombos luminais. Discutido caso com Cirurgia Vascular, orientado para realização de LeukoScan que revelou focos de hipercaptação na aorta, bifurcação ilíaca e projeção da mandibula direita compatíveis com inflamação/infeção. Identificação em 2 hemoculturas de Eikenela corrodens. Discutido com Microbiologia e dado MIC baixo e perfil habitual, alterada antibioterapia para Ceftriaxona. Dado o risco cirúrgico foi orientado para ambulatório mantendo antibioterapia por tempo indeterminado. Viria a falecer aquando da abordagem cirúrgica. O tratamento da infeção do bypass aórtico requer um controlo de foco infecioso que passa inevitavelmente pela abordagem cirúrgica. Este caso procura demonstrar as dificuldades diagnosticas e de abordagem terapêutica com necessidade de discussão e decisão multidisciplinar.

PO-04-29

COLITE POR CITOMEGALOVIRUS EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: DESCRIÇÃO DE UM CASO

João Mesquita Rosinhas, Bárbara Ramos, Sara Castelo Branco, Sara Beça, Vasco Barreto, António Furtado
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO - UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS

A colite por citomegalovirus (CMV) é uma infecção relativamente comum em imunodeprimidos, sendo pouco descrita em imunocompetentes. Apresenta-se o caso de uma mulher de 88 anos que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de 2 dias de dor abdominal difusa e diarreia com múltiplas dejecções líquidas diárias. Objectiva-se elevação de marcadores inflamatórios e distensão difusa do intestino delgado e cólon em imagem de Tomografia Computorizada, iniciando-se ceftriaxone. Em D2 de antibioterapia regista-se disfunção multiorgânica (cardiovascular, neurológica, hematológica, metabólica, respiratória e coagulação), escalando cuidados para Unidade de Cuidados Intermédios e iniciando piperacilina/tazobactam. Ao final de 5 dias as disfunções de órgão estavam resolvidas, mantendo, no entanto, dor abdominal difusa, 5-6 dejecções líquidas por dia e episódios de febre. Iniciou meropenem e vancomicina e os exames culturais foram negativos. Realizou recto-sigmoidoscopia que mostrou mucosa do sigmóide edemaciada e circunferencialmente ulcerada, sugerindo colite segmentar. A biópsia da lesão mostrou infiltrado inflamatório misto e alterações regenerativas com tecido de granulação mostrando células gigantes multinucleadas ocasionais, sem granulomas de células epitelióides, portanto, não sugestivas de doença inflamatória intestinal mas sugestivas de infiltração com CMV. A suspeita foi confirmada por estudo imuno-histoquímico, serologias e antigenemia. Excluídos bacilos álcool-ácido resistentes. Confirmada ausência de anticorpos para vírus da imunodeficiência humana, com imunoglobulinas e complemento normais, sugerindo infecção por CMV no idoso imunocompetente. Com este caso os autores procuram alertar para uma etiologia de colite caracteristicamente associada a doentes imunodeprimidos, mas cuja incidência em indivíduos imunocompetentes tem sido cada vez mais descrita, devendo ser um diagnóstico considerado em doentes agudamente doentes sem resposta a antibacterianos.

PO-04-30

ELA ESTÁ DE VOLTA… VÁRIAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA TUBERCULOSE

Rita Silvério, Diana Pedreira, Vanessa Figueiredo, Pedro Carreira, Paula Lopes, António Meleiro, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITAL DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Actualmente a tuberculose permanece um problema de saúde global que afecta milhares de pessoas todos os anos e continua a ser a segunda maior causa de morte por doença infecciosa, a seguir ao vírus da imunodeficiência humana. Portugal apresenta um decréscimo anual médio dos casos de tuberculose consistente nos últimos 10 anos, mas encontra-se ainda na categoria de país de incidência intermédia. O distrito de Setúbal ocupa o 3º lugar na incidência nacional de tuberculose apresentando, no entanto, na última década um declínio acentuado da incidência, apesar da elevada prevalência dos principais factores de risco, nomeadamente dificuldade sócio-económica. Pretende-se apresentar cinco casos de tuberculose com diferentes formas de apresentação: miliar, pleural, pulmonar e meningite tuberculosa. O quadro inicial variou desde as formas típicas ás mais atípicas: febre, tosse, toracalgia com dor pleurítica, astenia e adinamia, nódulo pulmonar e três casos de febre de origem indeterminada.

PO-04-31

MALÁRIA - 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Luisa Fraga Fontes, Inna Kozyar, Nataliya Poishchuk, Susana Livramento, Francisco Ferreira da Silva, Maria João Bizarro, Maria José Serra Paulo Pereira Gomes, Sónia Lourenço, Maria Menezes, Prof Dr Jorge Atouguia
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

A malária, sendo uma doença possível de prevenir, continua a ser causa de morte em cerca de meio milhão de pessoas por ano. Em África, apenas uma em cinco crianças recebe tratamento. No nosso país, os dados atuais revelam que todos os casos são importados, sobretudo de África. Os autores apresentam a casuística do internamento no seu hospital, nos anos entre 2010 a 2015. No referido período foram internados 42 doentes com o diagnóstico de malária, com pelo menos um teste laboratorial a comprová-lo (microscopia e/ou teste de diagnóstico rápido). No período em análise do total de doentes, 34% eram do género feminino e 66% do masculino. A média de idades foi de 40 anos, sendo a máxima 60 e a mínima 21 anos. O país de origem era sobretudo Angola, mas verificou-se proveniências de outros países de África, com pico de incidência em 2014 com 17 casos. O tipo de infeção foi predominantemente a Plasmodium falciparum. Em 35 doentes foi determinada a taxa de parasitémia, verificando-se que em 15 foi inferior a 2%, em 16 foi entre 2% e 5%, e em 4 foi superior a 5%. O tratamento inicial foi efetuado com quinino e doxiciclina endovenosos em 26 doentes, e nos restantes com medicação oral, esquema combinado à base de artemisina. A média de dias de internamento foi de 4,3 dias. Atualmente a terapêutica recomendada para malária severa é com artesunato, endovenoso, pelo menos nas primeiras 24 horas.

PO-04-32

ERYTHROVIRUS HUMANO B19, O CONHECIDO PARVOVÍRUS B19

Inês Amaral Neves, Dolores Vazquez, Marta Rafael Marques, Susana Marques de Sousa, Ana Maia, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE - MEDICINA INTERNA

O Parvovírus B19 é o único parvovírus patogénico humano, com tropismo medular elevado, replica-se em células percursoras da série eritroide. Os autores apresentam um caso de uma mulher de 43 anos de idade com antecedentes de síndrome depressivo, gastrite crónica, hábitos alcoólicos de 36 gramas/dia (sem antecedentes de eritema na infância). Recorre à urgência por quadro de dispneia, tosse, febre com 15 dias de evolução, e 2 dias de incapacidade de realizar marcha. À admissão: agitada, com confabulação, midríase pupilar, sem capacidade de obedecer a ordens simples; hemograma com anemia megaloblástica grave: hemoglobina (Hb) 3,9 g /dL, volume glomerular 125 fL, RDW 16%, esfregaço de sangue com Anisopoiquilocitose, macrocitose marcada, macroovalócitos, neutrófilos hipersegmentados; AST 60 U/L, LDH 3734, urobilinogenúria. Realizou de imediato 3 unidades de sangue e suplementos (cianocobalamina e folato). Os exames posteriormente realizados revelaram trombocitopenia 109 000 g/L, índice reticulocitário de 1,21%, défice de folato (1,9 ng/mL), Coombs negativa; sem défice de ferro ou vitamina B12; ecografia abdominal evidenciando esteatose hepática e esplenomegalia ligeira; endoscopia sem hemorragia ativa. Realizou no total 5 unidades de sangue e manteve suplementação, com melhoria ao 3º dia de internamento sem alterações cognitivas, Hb 7,7 g/dL. Nas Serologias pedidas à admissão apenas positivou o anticorpo IgG anti-Erythrovirus. A doente manteve seguimento em consulta de Medicina e após 6 meses apresentava normalização do hemograma e bioquímica (Hb 11,6; Folatos > 20). Os autores relatam um caso de infeção por Parvovírus B19 num adulto, associado a aplasia medular eritrocitária grave e trombocitopenia, esplenomegalia (com componente hemolítico), associado a défice de folatos por alcoolismo crónico. Tal como nos restantes raros casos em imunocompetentes, o tratamento consistiu em fornecer unidades de eritócitos e suplementação para maturação eritrocitária eficiente.

PO-04-33

ESPONDILODISCITE A STAPHYLOCOCCUS HOMINIS - DESAFIO CLÍNICO, ETIOLOGIA INVULGAR

Vânia Rodrigues, Luís Carvalho, Miguel Pires, Filipa Amado, Adriana Santos Silva, Ana Ferrão, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

A espondilodiscite é uma infeção rara da coluna vertebral que afecta o disco intervertebral e vértebras adjacentes, mais frequente na coluna lombar (59%), sexo masculino (2:1) e entre os 50-60 anos. Etiologicamente pode dividir-se em piogénica (causada por bactérias) ou granulomatosa (causada por micobactérias, Brucella, espiroquetas ou fungos), sendo o Staphylococcus aureus e Mycobacterium tuberculosis os agentes mais frequentes. Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro de lombalgia com irradiação ao membro inferior direito e limitação funcional de agravamento progressivo e com 4 meses de evolução. Do estudo efectuado salienta-se: elevação analítica dos parâmetros inflamatórios; tomografia computorizada (TC) lombar com aumento do espaço intersomático de L4-L5, erosão das plataformas somáticas inferior de L4 e superior de L5 e massas anómalas paravertebral e epidural com marcada estenose do canal raquidiano central e dos canais de conjugação; ressonância magnética nuclear com alterações compatíveis com espondilodiscite. Pedidas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica com vancomicina e piperacilina/tazobactam, sem melhoria clínica e analítica, motivo pelo qual foi submetido a intervenção cirúrgica. Hemoculturas positivas a Staphylococcus hominis multirresistente, cumprindo antibioterapia com meropenem e linezolide com evolução favorável mas mantendo limitação funcional. Mantém seguimento em consultas de Neurocirurgia, Medicina Interna e Medicina Física e Reabilitação. Devido à sintomatologia inespecífica que condiciona o diagnóstico tardio, esta patologia tem uma elevada morbilidade estando o tratamento cirúrgico reservado para situações de infeção persistente ou compressão de medula espinhal. Existem poucos casos descritos na literatura de infecção associada a Staphylococcus hominis, geralmente em imunocomprometidos ou com procedimentos cirúrgicos prévios.

PO-04-34

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO POR NEUROCISTICERCOSE

Pedro Lito, Ana Gomes, Rita Elvas, Isabel de la Cal, Diana Abreu, Ricardo Tjeng, Edmundo Dias, Cristina Coxo
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO: A Neurocisticercose é uma infecção do Sistema Nervoso Central (SNC) causada pela Taenia solium. O Homem é o hospedeiro definitivo e os animais funcionam como intermediários estando infectados pela forma larvária. Após ingestão dos proglotes na água, carne infectada mal cozinhada ou contaminação oro-fecal, o embrióforo alcança o intestino e penetra na parede para se disseminar via linfo-hematogénica. Alcança principalmente o SNC, os músculo e o sistema ocular . No SNC os cisticercos degeneram e atingem diferentes graus terminando numa fase tardia em nódulos calcificados As manifestações clínicas são variadas e dependentes da fase podendo ir desde cefaleias, hipertensão intracraniana, meningoencefalite/meningite, epilepsia, acidente vascular cerebral e compressão radicular dependendo da localização e extensão. DESCRIÇÃO: Os autores descrevem e ilustram o caso clínico de um homem de 78 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular, hipertensão, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica, internado por infecção do trato urinário. Durante o Internamento iniciou quadro de convulsões localizadas á face e pescoço que rapidamente progrediam para generalização. Inicialmente cediam ao diazepam IM mas retornavam. Foi necessária entubação e posterior ventilação. Testada fenitoína sem resposta, tendo-se associado midazolam e posteriormente propofol contudo manteve estado de mal epiléptico. Realizou-se TC cranioencefálica que evidenciou múltiplas lesões calcificadas com várias localizações. Neste contexto e conhecendo-se infecção prévia pelo parasita assumiram-se como cistocercos em etapa tardia. Apesar do tratamento o doente veio a falecer horas mais tarde. CONCLUSÃO: A melhoria das condições de saneamento, assim como a evolução da indústria alimentar e de distribuição possibilitou uma diminuição do número de casos contudo, a infecção por Taenia Solium não deve ser esquecida, fundamentalmente nos meios rurais.

PO-04-35

CAUSA RARA DE SÍNDROME FEBRIL

Bernardo Ferreira, José Jácome, Catarina Frias, Valentyna Kryvonos, Graça Martins, Conceição Loureiro, José Malhado
CHLC-HOSPITAL DE CURRY CABRAL, MEDICINA 7.1

A paniculite mesentérica é causa rara de síndrome febril indeterminado. Traduz-se por inflamação e fibrose do tecido adiposo envolvente do mesentério, sendo diagnosticada por exames imageológicos, podendo ser confirmada histologicamente, estando associada a multiplas doenças nomeadamente auto-imunes, neoplásicas e infeciosas. Apresentamos 2 casos de doentes internados com febre com etiologia conhecida mas com manutenção deste sintoma mesmo após terapêutica dirigida. 1º caso: mulher, leucodérmica, 81 anos com antecedentes de leucemina linfocítica crónica internada para esclarecimneto de quadro de diarreia e dor abdominal. À observação apresenta-se prostrada, febril e abdomen difusamente doloroso. Por crise convulsiva com necessidade de entubação orotraqueal foi admitida na UCI, onde iniciou antibioticoterapia empirica com meropenem e vancomicina. Concomitantetemente faz-se o diagnóstico de meningite bacteriana. Após curso de antibioterapia mantinha febre e dor abdominal, realizou exames culturais sem isolamentos e TC-Abdominal que confirmou o diagnóstico de paniculite mesentérica, tendo ficado apirética e assintomática 24H após ibuprofeno. 2º caso: homem, leucodérmico, 71 anos com antecedentes de doença renal crónica, internado por sepsis com ponto de partida urinário a k. pneumoniae multissensível. Inicia curso de antibioticoterapia com ceftriaxone sem melhoria clínica ou analítica, pelo que, após colheita de culturas, ao sexto dia, escala-se terapêutica para piperacilina/tazobactam. Perfaz o curso de antibiótico com melhoria clínica mas mantendo febre e elevação dos parâmetros inflamatórios/infeciosos. Decide-se colher novas culturas e realizar TC-Abdómen que foi compatível com paniculite mesentérica. Chama-se a atenção para esta entidade rara, muitas vezes causa de síndrome febril, levando a escalada terapêutica e aumento do tempo de internamento, por falta de suspeita clínica.

PO-04-36

INFECÇÃO VIH : HIPERCALIEMIA GRAVE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO

João Seabra Barreira, Hernando Campos, Sergio Santos Pinto, Maria Adelia Castelo-Branco, Gloria Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE- MEDICINA IIIB

Objectivos: A hipercaliemia é um distúrbio frequente no serviço de medicina. Geralmente está associada a uma elevação franca dos parâmetros de retenção azotada. Métodos: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 47 anos, evacuada da Guiné há 1 semana, com história conhecida de síndrome vertiginoso e hipoacusia no contexto de acidente de viação. Recorre à urgência por quadro de disuria, poliaquiuria, febre (39ºC) e dor abdominal difusa. Análise sumária de urina com leucocituria 500 e eritrocituria 200. Laboratorialmente com anemia microcitica (10,5g/dl), elevação dos parâmetros de retenção azotada (ureia 88mg/dl; Creatinina 1,8 mg/dl), hiponatremia grave 119 meq/L e Hipercaliémia 8 meq/L, sem leucocitose ou neutrofilia, proteina c reactiva 5mg/dl. Ecografia renal sem litiase, sem dilatação pielocalicial com aspectos sugestivos de nefropatia médica. A doente teve que repetir as medidas anticaliémia até normalizar o potássio sérico, sem nunca evidenciar creatinina superior a 1.8mg/dl. Por febre mantida acompanhada de diarreia, foram colhidos exames culturais (sangue, fezes e urina), foi medicada empiricamente com ceftriaxone. Resultados: A urocultura isolou Escherichia coli. Nas fezes e urina foi isolada salmonella do grupo D. Ambas as bactérias eram sensíveis à cefalosporina. Uma vez que a doente tinha vindo da Guiné há 1 semana foi pedida a pesquisa de plasmódio, que foi negativa. Foi diagnosticado Infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH). Da contagem linfocitaria destaca-se Linfocitos CD4 134 (7.6%) com carga viral elevada. Iniciou terapêutica antiretroviral e não voltou a apresentar hipercaliémia. Conclusão: A hipercaliemia está descrita em 15-20% dos doentes hospitalizados com VIH. Geralmente está associada à exposição a certos fármacos, contudo pode ocorrer independentemente destes, já que existe uma falência na resposta da aldosterona à hipercaliémia.

PO-04-37

NEM SEMPRE O QUE PARECE É... ESPONDILODISCITE, UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER.

Rui Osório, Carlos Cabrita, Amparo Mingo, Rui Coelho, Rui Pereira.
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE EPE – UNIDADE DE FARO.

A espondilodiscite é uma patologia rara e tem geralmente uma evolução insidiosa, o que condiciona o diagnóstico e terapêutica precoces. É uma causa rara de lombalgia aguda e subaguda. A etiopatogenia pode ser piogénica ou granulomatosa, por inoculação, contiguidade ou disseminação hematogénea. Atinge mais frequentemente as vértebras lombares (59%). Comorbilidades como doença renal crónica, diabetes mellitus, obesidade, imunossupressão, insuficiência hepática ou etilismo crónico podem predispor a este tipo de infecções. Os autores apresentam o caso de um homem de 84 anos com Diabetes mellitus tipo 2 e infeções urinárias de repetição (com várias bactérias isoladas em uroculturas), que recorreu ao serviço de urgência por febre (39ºC), queixas do trato urinário inferior e lombalgia direita. Ao exame objectivo, salientava-se punho-percussão lombar direita positiva. Analiticamente, apresentava parâmetros inflamatórios elevados e sumária de urina sugestiva de infecção. Admitiu-se pielonefrite aguda, tendo-se iniciado antibioterapia empírica com ceftriaxone. Durante o internamento, registou-se um episódio de retenção urinária, sendo necessária algaliação suprapúbica. Após suspensão da antibioterapia, o doente voltou a apresentar febre e elevação dos parâmetros inflamatórios, desta vez sem queixas urinárias mas mantendo a dor lombar. Redefiniram-se os diagnósticos diferenciais e a investigação posterior levou ao diagnóstico de espondilodiscite. Com este caso pretende-se demonstrar a dificuldade em diagnosticar patologias que podem mimetizar outras. A apresentação inicial do quadro clínico sugeria o diagnóstico de pielonefrite aguda, mas o doente apresentava 2 patologias: prostatite aguda e espondilodiscite, discutindo-se se havia apenas concomitância ou relação causal entre ambas.

PO-04-38

RINOSINUSITE DE ETIOLOGIA INVULGAR

João Azeredo Costa, Mário Rodrigues, Vera Salvado, Luís Dias
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: O Aspergillus spp é um fungo ubíquo na natureza. A invasão tecidular é rara e ocorre mais frequentemente no contexto de neutropénia prolongada, corticoterapia e tratamento com imunosupressores. Apresentamos um caso de rinusinusite a Aspergillus spp em doente imunosuprimido. CASO CLÍNICO: Homem de 78 anos com história de leucemia mielóide aguda sob suporte transfusional, diabetes melitus tipo 2, dislipidémia, meningite em criança com parésia do membro superior direito sequelar. Recorre à urgência por crise convulsiva tónico clónica generalizada, já havendo descrição de episódios convulsivos prévios. À observação vígil, orientado e sem sinais focais. Analiticamente: pancitopénia (Hg 9,0g/L, neutropénia 0,17x109/L, trombocitopénia 11x109/L) sobreponível a valores anteriores. A TC-CE não mostrou alterações agudas encefálicas, mas revelou preenchimento do seio maxilar, células etmoidais anteriores, do seio frontal à esquerda, bem como do meato médio homolateral com indefinição do contorno ósseo orbitário infero-medial a esquerda, aspectos corroborados por TC dos seios perinasais e com semiologia sugestiva de etiologia fúngica. Endoscopia nasal com corrimento acinzentado, com exame bacteriológico negativo e micológico positivo para Aspergillus spp. Iniciou de modo empírico anfotericina B convencional, alterada para voriconazol após resultado de exame micológico. O antigénio Galactomannan sérico foi negativo. TC-torácica sugestiva de envolvimento pulmonar. Manteve antifúngico, não havendo melhoria imagiológica a curto prazo, contudo não se verificaram novos episódios convulsivos sob voriconazol e valproato. CONCLUSÃO: A invasão tecidular fúngica por Aspergillus spp ocorre geralmente em contexto de imunosupressão. Neste caso de rinosinusite fúngica, é possível que haja envolvimento do sistema nervoso central que se manifestou com epilepsia. O tratamento deve incluir voriconazol e a sua duração não está bem definida.

PO-04-39

HEPATITE AGUDA DE ETIOLOGIA INVULGAR

João Azeredo Costa, Mário Rodrigues, Anabela Nunes
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: A mononucleose infecciosa causada pelo vírus Esptein-Barr (VEB) é uma infecção benigna auto-limitada. Pode estar associada a ligeiro aumento das transaminases mas a ocorrência de hepatite com hiperbilirrubinémia é rara. Apresentamos um caso de mononucleose infecciosa a VEB complicada de hepatite aguda. CASO CLÍNICO:Jovem de 21 anos sem antecedentes patológicos, observado em urgência por quadro com uma semana de evolução de febre, odinofagia, adenopatias cervicais e nos últimos 3 dias dor no hipocôndrio direito, icterícia e colúria. À observação vígil, febril (38,1ºC), escleróticas ictéricas, exsudado bilateral nas amígdalas palatinas, adenopatias cervicais e axilares e palpação abdominal dolorosa no hipocôndrio direito com hepatomegália discreta dolorosa. Analiticamente com linfocitose 58%, proteína C-reactiva 16,1mgL, bilirrubina total 2,86mg/dL (directa 1,62mg/dL), AST 882 U/L, ALT 1275 U/L, gGT 194U/L, fosfase alcalina 151U/L, INR 1,40. As serologias para VHB, VHC, VIH, CMV foram negativas, anticorpos heterófilos positivos, IgM-VEB (VCA) positivo (115U/ml) IgG negativo. Ecografia abdominal sem alterações. Durante o internamento melhoria clínica e analítica progressiva com tratamento de suporte. CONCLUSÃO: A mononucleose infecciosa é uma doença comum, benigna, que se pode acompanhar de elevação discreta das transaminases, mas que raramente se complica de hepatite. O tratamento é sintomático e a maioria dos doentes recupera sem sequelas.

PO-04-40

INFECÇÃO VIH EM LATE-PRESENTERS: UM CASO CLÍNICO

Lúcia Proença, Joana Batista, João Cunha, Patrícia Pacheco
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

O diagnóstico de patologia definidora de SIDA nem sempre leva ao pedido de serologia VIH, atrasando o diagnóstico e agravando o prognóstico destes doentes. Os autores apresentam o caso de um homem de 44 anos, homossexual, que em Dezembro de 2014 iniciou seguimento em cirurgia por proctite, cujo estudo histológico revelou doença citomegálica (CMV). Três meses depois, recorre ao serviço de urgência por perda ponderal, disfagia e diarreia, tendo alta com o diagnóstico de candidose esofágica, tratado com fluconazol e referenciado a Consulta de Infecciologia (CI). Solicitada serologia para VIH, positiva para tipo 1. Na CI, doente caquético, com linfadenopatias generalizadas e fístulas perianais. Colhida avaliação imunovirológica, que mostrou linfócitos totais CD4 78cels/uL (4%) e virémia 417719 cp/mL. Admitido no Serviço de Infecciologia para estudo, admitindo-se doença citomegálica disseminada (DNA CMV 58200cp/mL, antigenúria 55400cp/mL), com envolvimento colorrectal (diarreia), gastroesofágico (úlceras) e presumivelmente respiratório (infiltrado intersticial bilateral), iniciando ganciclovir e TARV (TDF/FTC e DRV/r). Evolução com choque e disfunção multiorgânica, com acidémia metabólica grave por deplecção de volume e nefrotoxicidade associada ao ganciclovir e tenofovir (Síndrome de Fanconi), motivando terapia de substituição renal e alteração terapêutica para foscarnet e ABC/3TC e RAL. Em 88 dias de internamento, observada melhoria clínica progressiva, recuperação ponderal, normalização da função renal e da fosfatémia, com alta sob terapêutica supressora (valganciclovir e TARV descrita). Da infecção por VIH ainda decorrem complicações infecciosas e não infecciosas apesar da TARV (terapêutica antiretroviral), particularmente em doentes late-presenter.

PO-04-41

DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA - ´MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR´

Estefânia Turpin, Rita Gomes, Marta Ilhargo, Tiago Pacheco, Carla Maravilha, Isabel Germano
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, MEDICINA 1.4

Introdução: A doença invasiva pneumocócica (DIP) tem morbi-mortalidade importante, recomendando-se vacinação nos grupos de maior risco, como o da infeção VIH. Caso Clínico: Mulher, 28 anos, raça negra, natural de Angola. Infeção VIH não controlada por má adesão terapêutica. Não vacinada, com dois episódios prévios de pneumonia pneumocócica. Avaliada em Urgência em Março/15 por depressão do estado de consciência, apresentava: GCS 10, febre, rigidez da nuca e herpes labial; Parâmetros inflamatórios laboratoriais elevados; Radiografia tórax- condensação lobar esquerda; TC-CE- polisinusopatia de provável natureza inflamatória; Punção lombar- LCR turvo, normotenso, células/predomínio linfócitos 224, glucose <5, proteínas 937. Início de cobertura antimicrobiana alargada, dada imunodepressão, e dexametasona; adequação terapêutica após isolamento de Streptococcos Pneumoniae em culturas de sangue e liquor, confirmando etiologia mais provável. Admissão em Cuidados Intensivos por agravamento neurológico inicial, destacando-se, em 8 dias de permanência: entubação orotraqueal/traqueostomia para proteção da via aérea; breve período de ventilação mecânica por necessidade de sedação; bradicardia transitória; coagulopatia de consumo?; diabetes insipida central?. Transferida, após estabilização, para Enfermaria de Medicina, com favorável evolução de quadros infecioso e cognitivo, mas instalação de hipoacusia neurosensorial bilateral severa. Alta ao 25º dia. Mantém vigilância regular em ambulatório, agora com cumprimento terapêutico e controlo imunovirológico. Cumpriu, entretanto, vacinação anti-pneumocócica, conforme norma preconizada e foi submetida, recentemente, a colocação de implante coclear, aguardando reavaliação. Conclusão: Este caso, ilustrando uma das formas mais comuns e graves da DIP, a meningite – felizmente com "outcome" não fatal, mas com complicações imediatas e sequelas a longo prazo - alerta-nos para a importância da prevenção/vacinação dos doentes mais vulneráveis.

PO-04-42

DOR LOMBAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Isabel Rodrigues, Margarida Coelho, Juvenal Morais,Cristina Sousa, Aníbal Coutinho
HOSPITAL DE FARO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 3

A espondilodiscite infeciosa é uma etiologia rara de lombalgia no adulto, mais prevalente no género masculino (2:1 a 5:1), predominantemente entre os 50 e 60 anos. Apesar da baixa prevalência, deve ser equacionada em qualquer doente com dor lombar aguda ou subaguda. Os autores apresentam um caso clínico de um doente, género masculino, 84 anos de idade, encaminhado para a urgência por febre (39ºC) com 5 dias de evolução, arrepios e lombalgia direita, já previamente medicado pelo médico assistente com cotrimoxazol por suspeita de ITU (referia disúria, polaquiúria com cerca de 10-14 dias de evolução). Objectivou se febre quantificada em 38ºC e Murphy renal direito duvidoso. Destacava-se analiticamente creatinina de 1.81mg/dl e PCR 360 mg/L. Imagiologicamente sem alterações pleuroparenquimatosas agudas e sem alterações renais, nem sinais de hidronefrose, com formações quisticas renais bilaterais Ficou internado e iniciou antibioticoterapia empírica com Ceftriaxone, pondo-se a hipótese diagnóstica de pielonefrite aguda. Durante o internamento, por retenção urinária foi colocada algália com traumatismo da uretra e falso trajecto, com necessidade de colocação de suprapúbica. Após cumprimento de antibiótico, reinicia febre com elevação dos parâmetros inflamatórios, mantendo sempre a dor lombar. Por estes motivos, foi pedido ecocardiograma, radiografia tórax, ecografia renal e TAC abdominal e lombar, hemoculturas e urocultura. Dos exames realizados, observou-se espondilodiscite aguda L3-L4. Iniciou antibioticoterapia com ceftriaxone e vancomicina, com melhoria clínica e analítica. Conclusão: Os autores apresentam este caso para enfatizar a necessidade de equacionar a possibilidade de diagnósticos diferentes, ainda que raros, com idênticas manifestações clínicas.

PO-04-43

DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DE MICROABCESSOS HEPÁTICOS MÚLTIPLOS: O PAPEL DA COLANGIO-RM

Carine Marinho, JoãoTrindade Nave, Luís Pinheiro, Rui Victorino
SERVIÇO E CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MEDICINA 2,CENTRO HOSPITAL LISBOA NORTE - HOSPITAL SANTA MARIA/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Introdução: O abcesso hepático é uma patologia rara (incidência: 1-45/100000),

sendo as apresentações atípicas mais frequentes no idoso. As etiologias principais são as "biliares" (40 %) as "portais" (20%) e a forma criptogénica (15-20%). Os microrganismos predominantes são a E.Coli e o streptococcus spp. sendo que em cerca de 1/3 dos casos não se isola agente. O diagnóstico é confirmado habitualmente por ecografia abdominal simples. Apresenta-se um caso com padrão raro de distribuição de múltiplos microabcessos hepáticos não identificados em ecografia. Caso Clínico: Homem, 65 anos, internado por mialgias, astenia/anorexia, febre (39,5ºC), sudorese, colúria e dor no hipocôndrio direito tipo cólica. Dos antecedentes, destacava-se cirurgia de Whipple (6 anos antes) no contexto de adenocarcinoma da ampola de vater estádio IV, sem recidiva. Observava-se icterícia e dor à palpação do hipocôndrio direito, com leucocitose 12000 e proteína-C reactiva 39.0mg/dl, creatinina 1.88mg/dl e padrão hepático misto (AST/ALT 311/488U/l, bilirrubina total 2.35mg/dl, fosfatase alcalina 401U/l e gGT 411U/l. Ecografia abdominal sem alterações. A Colangiografia por ressonância magnética (Colangio-RM) documentou múltiplos abcessos milimétricos em ambos os lobos hepáticos. As serologias EBV, CMV, hepatite A, B e C negativas eram negativas assim como as hemoculturas e o estudo de autoimunidade. Sob antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazole verificou-se boa resposta clínica e analítica com resolução imagiológica completa após 5 semanas de antibioterapia. Discussão: Procede-se a revisão de literatura sobre a forma de apresentação atípica e rara de microabcessos milimétricos hepáticos com ecografia abdominal simples normal. Salientando-se a importância da Colangio-RM para o diagnóstico deste padrão raro de apresentação.

PO-04-44

MALÁRIA, À TERCEIRA É DE VEZ …

Francisco Rebocho, Rita Bento, Ana Laranjo, Inês Santos, Gonçalo Santos, Joana Sant´Anna, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA

Introdução: Nos últimos anos, por factores de ordem social e económicos, têm-se registado mais casos de doenças infecciosas de importação via cidadãos portugueses que viajam às ex-colónias onde essas referidas doenças são endémicas. Caso Clínico: Homem de 53 anos, independente nas AVDs, dirige-se ao SU por febre, náuseas e vómitos. Refere ter regressado de Angola após uma estadia de 2 meses no referido país, durante a qual esteve a instalar equipamentos de rega. Refere ainda que durante a sua estadia teve quadro semelhante, tendo-lhe sido diagnosticado malária para a qual fez terapêutica com efeito. Entretanto, já em Portugal, 5 dias depois desenvolve febre que não cedeu a antipiréticos. Recorreu ao serviço de urgência duas vezes por persistência da febre, sendo que em ambos os episódios teve alta para o domícilio, em ambas as idas ao SU as pesquisas de Plasmodium em sangue periférico foram negativas, apresentava trombocitopénia 108.000, PCR 2.9mg/dL. Já na terceira vez que se dirigiu ao SU com febre persistente, foi identificado Plasmodium em sangue periférico, sugestivo de Plasmodium falciparum (parisitémia de 0.1%). Hemograma com 4.100 leucócitos, PCR 19.6, trombocitopénia 46.000. Foi internado e medicado com Quinino e Doxiciciclina. 72 h depois estava apirético e assintomático. Houve uma normalização posterior dos valores do hemograma no seguimento na consulta de Medicina Interna. Por manifestar vontade de voltar a Angola, foi encaminhado para consulta do viajante para realização de quimioprofilaxia com Atovaquona + Proguanilo. Conclusão: Este caso realça a necessidade de se valorizar o contexto epidemiológico neste tipo doenças infecciosas, mesmo que na ausência de suporte dos meios complementares de diagnóstico, e a necessidades de início rápido de terapêutica com antimaláricos para evitar complicações posteriores.

PO-04-45

FEBRE ESCARO-NODULAR: UM EXANTEMA A NÃO ESQUECER

Joana Rigor, Petra Monteiro, Lídia Jacques Costa, Daniela Martins-Mendes, Manuela Sequeira, Vítor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE.

A febre escaro-nodular é uma zoonose endémica em Portugal, provocada por Ricketsia conorii, e que se caracteriza clinicamente por exantema típico associado a reacção de vasculite sistémica. Os autores apresentam o caso de um doente, sexo masculino, 50 anos, com antecedentes de dislipidemia, não medicado, residente em meio rural e com contacto com cães, que recorre ao serviço de urgência em Agosto por surgimento de exantema maculopapular, não pruriginoso, disseminado, associado a lesão de tache noire no membro inferior direito, com 5 dias de evolução, acompanhado de febre, mialgias e artralgias generalizadas. Do estudo realizado, trombocitopenia de 64 000/uL, linfopenia discreta de 970/uL, hiponatremia de 130 mmol/L, desidrogenase do lactato (LDH) 649 U/L (aumentada), aminotransferase aspartato (AST) 268 U/L (aumentada), aminotransferase alanina (ALT) 225 U/L (aumentada), gama-glutamiltransferase (GGT) 109 U/L (aumentada), fosfatase alcalina (FA) 72 U/L (normal), bilirrubina total 0.52 mg/dl (normal), creatinaquinase total (CK) 307 U/L (elevada), mioglobina 143,4 ng/mL (elevada), proteina C reactiva 27,92 mg/dL (elevada); serologia para Ricketsia conorii IgG e IgM positivos. Foi internado com o diagnóstico de febre escaro-nodular e cumpriu 14 dias de doxiciclina. Alta ao 7º dia de internamento, com melhoria do exantema, resolução da linfopenia e trombocitopenia e normalização da CK e mioglobina. Na reavaliação em ambulatório, objectivada resolução do quadro com normalização das enzimas hepáticas. As zoonoses são importante causa de morbimortalidade no nosso país, principalmente em zonas rurais, pelo que o seu reconhecimento clínico é de marcada importância.

PO-04-46

UM CASO DE EOSINOFILIA

Pedro Simões, Ana Messias, Úrsula Segura, Zélia Neves, Maria Helena Pacheco, José Malhado
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

A Fasciolíase é uma zoonose de transmissão aquática e alimentar, causada por dois parasitas da classe Trematode, género Fasciola, mais especificamente, a F. hepática e a F. gigântica. O humano é um hospedeiro acidental, infetado pela ingestão de água ou agrião cru (Nasturtium officinale). De distribuição global, tem maior prevalência em regiões de criação de gado ovino e clima temperado. Infeção com um curso clínico dividido em 4 fases, um período de incubação assintomático, uma fase aguda, com sintomas desde locais, hepáticos, até reações alérgicas/tóxicas generalizadas. Uma terceira fase de latência, assintomática, caracterizada por eosinofilia, e uma fase crónica, com sintomas biliares. Mulher de 74 anos residente em Portugal, natural de Cabo Verde. Admitida por quadro clínico de astenia, anorexia e perda ponderal no último mês, associado a febre não quantificada. Estadia recente em Cabo-Verde, em moradia própria, com consumo regular de agrião. O exame objectivo revelou hepatomegalia, indolor. Analiticamente com eosinofilia, aumento da proteína C reactiva (PCR), velocidade de sedimentação (VS) e hipergamaglobulinemia, com aumento da imunoglobulina E (IgE). Hepatomegalia confirmada por estudo imagiológico, observando-se ainda várias formações nodulares coalescentes, com captação em halo. Realizou-se serologia para F. hepática, acusando positiva. Pesquisa de ovos nas fezes e aspirado duodenal negativa. Cumpriu terapêutica com triclabendazol, apresentando melhoria progressiva dos parâmetros clínicos e analíticos, com evolução imagiológica e serológica favorável aos 12 meses. O diagnóstico de fasciolíase requer um elevado grau de suspeição clínica, tratando-se de uma infeção endémica em Portugal, estando descritos 190 casos até 1991, não sendo no entanto uma zoonose de declaração obrigatória. Clinicamente benigna na sua fase inicial, o seu carácter crónico confere-lhe, a longo prazo, uma alta morbilidade, pelo que o diagnóstico e tratamento são essenciais.

PO-04-47

CISTITE ENFISEMATOSA: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Andreia Machado Ribeiro, Manuel Araújo, Leonor Vasconcelos Matos, Margarida Proença, Salvador Morais Sarmento, Arturo Botella, Cândida Fonseca, Ana Leitão, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL/NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A cistite enfisematosa (CE) é uma doença rara (135 casos publicados em 50 anos), caracterizada pela presença de ar dentro da parede e lúmen vesicais, que afecta tipicamente mulheres diabéticas de meia-idade. Mulher, 78 anos, recorre ao serviço de urgência por síncope. Encontrava-se apirética, hipotensa (TA 83/43 mmHg) e com dor abdominal generalizada. Tem história de diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c 6,3%) e hipertensão arterial; bem como internamento recente por hemorragia subaracnóideia após queda, complicada de cistite por Escherichia coli e pneumonia nosocomial medicada com meropenem e vancomicina. Medicada em ambulatório com perindopril, metformina, omeprazol e sinvastatina. No internamento desenvolve febre, subida da proteína C reactiva e leucocitose com neutrofilia. Radiografia torácica e urina II sem alterações. Tomografia computorizada (TC) abdominal revelou ar intramural na parede vesical e vasos adjacentes, compatível com CE. A doente foi algaliada e iniciou antibioterapia empírica com gentamicina e metronidazol, posteriormente alterada para meropenem após isolamento de E. coli ESBL e Klebsiella pneumoniae em urocultura. Hemoculturas negativas. Verificou-se normalização dos achados da TC após 10 dias de antibioterapia, que cumpriu durante 21 dias, com melhoria clínica e analítica. A algália foi retirada ao fim de 15 dias. E. coli e Klebsiella pneumoniae são os microorganismos mais frequentemente implicados na CE. A dor abdominal é o sintoma mais frequente, mas a clínica pode variar desde assintomático a sépsis grave. Tratamento médico com antibioterapia endovenosa, drenagem vesical e controlo glicémico é o suficiente na maioria dos casos. Deve ser iniciado precocemente para evitar complicações, associadas a importante morbilidade e mortalidade (7%). Pela atipia de apresentação inicial, o diagnóstico exige uma grande suspeição clínica e deve ser considerado na presença de factores de risco para infecções complicadas do trato urinário.

PO-04-48

ENDOCARDITE INFECCIOSA – QUANDO O ANTIBIÓTICO NÃO É SUFICIENTE

Isabel Furtado, Mariana Quaresma, Catarina Gomes, Fabienne Gonçalves, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO

A endocardite infecciosa causada por P. aeruginosa é uma entidade rara, de difícil diagnóstico e alta mortalidade. A maioria dos casos está associada ao uso de drogas intravenosas e/ou válvulas cardíacas protésicas e outros dispositivos. O tratamento proposto inclui combinação de dois antibióticos antipseudomónicos associados à substituição valvular precoce, particularmente na doença de válvulas esquerdas. Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 83 anos, com cardiopatia valvular e prótese biológica em posição aórtica. Trazida ao serviço de urgência por prostração, apresentava febre, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, e sopro cardíaco sistólico grau II/VI. Do estudo realizado, documentada elevação dos parâmetros inflamatórios, insuficiência respiratória, trombocitopenia e hiperlactacidemia. Hemoculturas positivas para P. aeruginosa. Excluídos foco respiratório, urinário e abdominal. Iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Por persistência de hemoculturas positivas para o mesmo agente, realizou ecocardiograma transesofágico (ETE) que confirmou endocardite infecciosa, tendo cumprido 6 semanas de imipenem e gentamicina. Documentadas esterilização de hemoculturas e desaparecimento de vegetações no final do tratamento. Reinternada dias depois por recorrência da febre, novamente com hemoculturas positivas, motivo pelo qual repetiu ETE que documentou volumoso abcesso peri-anel protésico com extensão para estruturas anatómicas adjacentes. Recusada para cirurgia de substituição valvular pelo risco inerente à cirurgia e pela extensa destruição perivalvular. Optou-se por manter antibioterapia dupla durante mais 6 semanas, tendo tido alta sob ciprofloxacina ad eternum na tentativa de controlo de foco. 2 meses após a alta, mantém-se estável. Os autores pretendem salientar o elevado grau de suspeição clínica necessário para o diagnóstico da endocardite infecciosa, dando ênfase às complicações graves da doença e às dificuldades inerentes ao seu tratamento.

PO-04-49

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA - UMA ETIOLOGIA INFECCIOSA

Sara Freire, João Seabra Barreira, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 94 anos de idade, caucasiana, dependente e residente em Lar. Foi internada através do Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência e mutismo. Realizou tomografia computorizada de crânio e foi avaliada por Neurologia, tendo sido considerada improvável a hipótese de evento vascular isquémico cerebral. Ao 4º dia de internamento apresentou quadro compatível com pneumonia nosocomial. Não foi possível o isolamento de agente etiológico (quer em hemoculturas, quer em exame microbiológico da expectoração), e por agravamento clínico e analítico foi necessário escalar progressivamente antibioterapia, motivando prolongamento do tempo de internamento. Durante este período, apresentou quadro de hematoquézias abundantes, com decréscimo de cerca de 2g de hemoglobina, sem instabilidade hemodinâmica. Foi pedida colonoscopia total; contudo, por má preparação, foi visualizado apenas o cólon esquerdo. Objectivou-se lesão angiodisplásica do ângulo esplénico sem hemorragia activa, tendo sido realizada terapêutica electrocoagulante com árgon. Após preparação adequada, porém, realizou colonoscopia total e ileoscopia, revelando úlcera no cólon ascendente ocupando metade da circunferência, assim como outras úlceras menores no transverso e descendente; observava-se igualmente área de mucosa com hiperémia e friabilidade no descendente. Efectuaram-se biópsias da área de hiperémia (revelando ligeiro infiltrado plasmocitário e focos hemorragia da lâmina própria) e dos bordos das úlceras, identificando-se numa célula apenas uma única inclusão nuclear de Citomegalovírus (confirmado por imunohistoquímica). A doente foi medicada com valganciclovir per os, 900 mg de 12 em 12 horas durante 21 dias em regime de ambulatório, sem intercorrências.

PO-04-50

PNEUMONIA CAVITADA A CORYNEBACTERIUM PROPINQUUM

Marta Pereira, Joana Serôdio, Joana Carneiro, Paula Brandão
ULSAM, EPE., SERVIÇO DE MEDICINA 2

As pneumonias cavitadas são uma manifestação rara da pneumonia adquirida na comunidade. As bactérias do género Corynebacteria, como Corynebacteriumpropinquum, fazem parte da flora endógena do trato respiratório, podendo tornar-se oportunistas em determinadas condições. Desde a sua descoberta em 1993, os relatos de infeções respiratórias a C. propinquum são escassos, sendo ainda mais raros em doentesimunocompetentes sem doença respiratória prévia. Os autores propõem-se a apresentar um caso clínico de uma pneumonia cavitada a C. propinquum num doente imunocompetente, sem doença respiratória prévia. Fazem também uma breve revisão da literatura sobre a abordagem às pneumonias cavitadas. DESCRIÇÃO DO CASO Doente do sexo masculino, 53 anos, ex-agricultor, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença cerebrovascular e ex-fumador, admitido no serviço de Medicina por tosse seca, perda ponderal progressiva e hipersudorese noturna com cerca de 1 mêsde evolução. Do estudo analítico apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e no Rx de tórax hipodensidade arredondada no lobo superior direito; o TC torácico mostrou um nódulo cavitado; a BFE, o LBA não mostraram alterações, no estudo microbiologico foi isolado em 2 hemoculturas C.propinquum. Fez 3 semanas de antibioterapia com amoxicilina-clavulanato com boa evolução clínica, analítica e imagiológica. CONCLUSÃO As pneumonias cavitadas são uma complicação rara da PAC e requerem diagnóstico e tratamento precoce com antibioterapia de largo espectro, bem como exames microbiológicos para determinar o agente e dirigir o tratamento, de

modo a reduzir a mortalidade e morbilidade. Este caso demonstra a importância de considerar bactérias de menor patogenicidade da flora endógena das vias respiratórias como C.propinquum como possíveis agentes etiológicos na PAC.

PO-04-51

ABCESSO DE LOCALIZAÇÃO INCOMUM

Eva Brysch, João Seabra Barreira, Sara Freire, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE – SERVIÇO DE MEDICINA III

Os abcessos da supra-renal são uma condição rara, de difícil diagnóstico pela sintomatologia inespecífica que apresentam e com uma elevada mortalidade se não tratados precocemente. Espécies de Streptococcus pertencendo ao grupo milleri (Streptococcus anginosus, Streptococcus constellatus e Streptococcus intermedius) são frequentemente associados a infecções locais supurativas, havendo estudos que sugerem que a presença de bacteriémia a Streptococcus milleri seja um importante indicador de abcesso oculto. Descrevemos um caso de uma mulher de 71 anos que é internada com um quadro sugestivo de gastroenterite aguda infecciosa, sem isolamento de agente nos primeiros exames culturais de sangue e fezes, que não responde ao tratamento empírico. Para investigação de outros focos de infeção realiza Tomografia Computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) e repete as hemoculturas. O EcoTT exclui o diagnóstico de endocardite infecciosa. A TC mostra uma lesão abcedada da supra-renal esquerda e as hemoculturas revelam a presença de Streptococcus constellatus. Realiza Punção Aspirativa Eco-guiada da lesão, sob antibioterapia, com resultado negativo na pesquisa de células neoplásicas. Realiza também colonoscopia total sem alterações. Cumpre um ciclo de antibioterapia segundo o teste de sensibilidade aos antibióticos durante 8 semanas verificando-se resolução completa do ponto de vista clínico e imagiológico. A existência de um quadro persistente de infeção sem resposta a antibioterapia empírica deve levar à pesquisa de focos ocultos. O EcoTT e a TC são exames de primeira linha nestes casos. Apesar de raros, a prevalência de abcessos supra-renais tem vindo a aumentar nos últimos anos e exige um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico precoce. O nosso caso reforça a associação entre a presença de bacteriémia a Streptococcus milleri e a existência de abcessos ocultos já descrita na literatura.

PO-04-52

RASH CUTÂNEO E DOR ABDOMINAL

Ana Luísa Azevedo, Anna Knoch, Olinda Caetano, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Após a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), pode ocorrer infecção, surgindo sintomas em cerca de 10 a 60% dos doentes, duas a 10 semanas mais tarde. No entanto, por se apresentar como um conjunto de sintomas não-específicos, esta síndrome é, muitas vezes, subdiagnosticada numa fase inicial. Apresenta-se o caso de uma mulher de 47 anos, autónoma, que recorre ao Serviço de Urgência por apresentar um rash cutâneo na região da face, tronco e membros superiores, associado a dor abdominal, febre e vómitos, após toma de antibiótico para infecção do trato urinário. Foi internada no Serviço de Medicina Interna por suspeita de reação alérgica/intolerância à ciprofloxacina, infeção do trato urinário e intolerância à terapêutica oral. Durante o internamento, analisada a história clínica da doente, verificou-se que tinha como antecedentes infecção por sífilis no corrente ano, tendo sido medicada, conjuntamente com o marido, com penicilina. Pedidas serologias víricas, onde se observou positividade para o teste VIH tipo I, resultado confirmado por Western-Blot. Após a infeção pelo VIH poderá observar-se doença sintomática que nem sempre é associada ao VIH dada a semelhança das suas principais formas de apresentação clínica com entidades nosológicas mais frequentes. A realçar a importância da suspeita clínica no diagnóstico do VIH em fase precoce, neste caso a existência de doença sexualmente transmissível levantou a suspeição deste diagnóstico.

PO-04-53

MENINGITE PURULENTA: 7 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA

Pedro Pereira Figueiredo, Inês Esteves Cruz, Ricardo Lavajo, Ana Cláudia Miranda, Susana Peres, Teresa Baptista, Fernando Borges, Isabel Antunes, Francisco Silva, Kamal Mansinho
SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E MEDICINA TROPICAL, HOSPITAL DE EGAS MONIZ - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

INTRODUÇÃO:A revisão e análise dos doentes internados por meningite purulenta(MP) melhora a abordagem e tratamento futuros. OBJECTIVOS:Descrição dos doentes internados, identificação dos microrganismos(MO) responsáveis, avaliação da evolução clínica e sua relação com o MO isolado. MÉTODOS:Utilizando sistema de codificação do Hospital, identificaram-se os doentes admitidos por MP entre Janeiro/2008 e Julho/2015.Procedeu-se a análise demográfica, identificação das comorbilidades, caracterização dos MO isolados e desfecho clínico. RESULTADOS:47 doentes internados por MP, média etária de 55 anos, 25 do sexo feminino(53.2%). 26(55,3%) apresentavam uma ou mais comorbilidades: otite/sinusite/pneumonia/endocardite(14); alcoolismo crónico(5); intervenção ORL ou neurocirúrgica prévias (3); infecção VIH (3); diabetes mellitus (3); traumatismo da base do crânio(2); neoplasia hematológica(1); neutropenia(1). Assumiu-se o diagnóstico etiológico em 24 (51,1%) doentes: 19 por isolamento de MO no líquor(LCR), 2 em hemocultura e 3 por presença de antigénio específico (Ag). Dos restantes 23, 10 (43,5%) iniciaram antibioterapia (AB) antes da colheita produtos biológicos. Os 3 agentes etiológicos mais frequentes foram: Listeria monocytogenes(33.3%), Streptococcus pneumoniae(33.3%, 3 por pesquisa de Ag) e Haemophilus influenzae(8.3%). 29 doentes (61,7%) tiveram alta sem sequelas, 12 (25,5%) com sequelas neurológicas e 6(12,8%) faleceram.Dos 18 doentes com evolução clínica desfavorável, L. monocytogenes (Lm) foi o MO mais frequente. CONCLUSÃO:A presença de uma ou mais comorbilidades em 55,3% e idade média avançada explicam,em parte, a proporção de isolamento de Lm. A rendibilidade microbiológica foi de 44,7%,embora a conjugação de isolamento microbiano com pesquisa de Ag permitiu assumir o diagnóstico etiológico de MP em 51,1%. AB prévia contribuiu para menor taxa de isolamento microbiano. Evolução clínica desfavorável (complicações e óbitos) foi mais frequente nos doentes com MP por Lm.

PO-04-54

LISTERIOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Nicolau, Ana Palricas, Ivan Velez, Márcia Pinto, Juan Puentes, Gonçalo Ferrão, Manuela Grego
HOSPITAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA IV

A listeriose é uma infecção bacteriana rara, causada pela Listeria monocytogenes, que geralmente se apresenta sob a forma de bacterémia ou meningite. A maioria dos doentes afectados por esta patologia são imunocomprometidos no entanto, em cerca de 25% dos casos, esta ocorre em doentes aparentemente saudáveis, principalmente nos com mais de 60 anos de idade. O tratamento precoce é fundamental, pela severidade da doença e elevada taxa de mortalidade associada. Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 61 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, prostração e recusa alimentar com 2 dias de evolução. À observação apresentava más condições de higiene, febre e roncos nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de 15.3/mm3 com neutrofilia 85% e PCR de 21,2mgdL). A radiografia torácica revelou reforço hilar bilateral. Foi realizada punção lombar que revelou LCR ligeiramente turvo, proteinorráquia de 366,3 mgdL, glicorráquia de 74,0 mgdL (glicémia 124 mg/dL), hipercitose (450) com predomínio de mononucleadas. As hemoculturas revelaram crescimento de Listeria monocytogenes. Apesar da terapêutica antibiótica instituída, o doente apresentou agravamento clínico progressivo tendo vindo a falecer.

PO-04-55

O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA MIMETIZANTE

Sara Sarmento, Diogo Mendes Pedro, Marta Maria Duarte, Gisela Borges, Ryan Costa Silva, Cláudia Rocha, Glória Nunes Silva
SERVIÇO DE MEDICINA III-C, HOSPITAL PULIDO VALENTE, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

A Tuberculose (TB) continua a ser uma importante causa de morbimortalidade a nível mundial. No entanto, a multiplicidade de apresentações, a inespecificidade da clínica e o mimetismo com várias patologias constituem um desafio diagnóstico. Apesar da TB Ganglionar constituir uma das manifestações extra-pulmonares mais frequentes, o diagnóstico diferencial exaustivo pode levar ao atraso no seu diagnóstico e tratamento. Apresentamos um caso de um homem de 79 anos, diabético, com melanoma da região lombar excisado em 2009 e re-intervencionado em 2012 por recidiva local. Recorreu ao Serviço de Urgência por adenopatias cervicais com 1 semana de evolução, associado a febre, tosse irritativa, anorexia e emagrecimento involuntário de 10kg nos últimos 3 meses. Objectiva-se massa cervical direita, submandibular com 3x2cm e múltiplas adenopatias infracentimétricas nas cadeias submaxilar direita, jugular interna e supraclavicular bilateralmente. Realizou ecografia cervical que confirmou adenopatias múltiplas. As hemoculturas foram negativas. Foi excluído linfoma, doença metastática, infecção viral e outras doenças granulomatosas Foi feita punção aspirativa do gânglio cervical com colheita de exsudado purulento, que foi enviado para exames microbiológicos e foi feita excisão ganglionar com envio do produto para exame anatomopatológico. O exame cultural foi positivo para Mycobacterium Tuberculosis e o exame histopatológico revelou granuloma necrotizante consistente com tuberculose. Iniciou terapêutica quadrupla com antibacilares de primeira linha e teve alta ao 10º dia de terapêutica, com uma excelente resposta. Posteriormente à alta apresentou crescimento paradoxal das adenopatias cervicais explicadas em contexto de reconstituição imunológica. Este caso clínico pretende salientar o desafio diagnóstico da TB extra-pulmonar, reforçando a necessidade de uma avaliação criteriosa com elevado grau de suspeição clínica para um diagnóstico correto e atempado.

PO-04-56

PIELONEFRITE AGUDA EM DOENTE COM BACTERIEMIA POR YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS

Marta Lisboa, Emanuel Homem, Sérgio Morais Lascasas, Adelaide Moutinho, Sheila Koch Jamal, Marta Rodriguez Madarnas, Cristiana Sousa
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DISTRITAL DE CHAVES – CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Introdução: A Yersinia pseudotuberculosis é uma bactéria Gram negativa transmitida por animais ou alimentos contaminados. Agente pouco frequente de infecção no ser humano, manifesta-se tipicamente por enterite e adenite mesentérica em doentes com fatores predisponentes a imunossupressão. São poucos os casos descritos de infecção localizada ao trato urinário, apesar de este ser uma agente conhecido de Nefrite Intersticial Aguda. Caso Clínico: Mulher de 24 anos, antecedentes de cistites de repetição, com lombalgia sem irradiação, febre alta e náuseas com 24 horas de evolução. Objectivamente com dor à palpação do flanco direito e Murphy Renal positivo à direita. Criadora de coelhos, foi arranhada numa mão na semana anterior. Analiticamente com leucocitose (11900/uL) e neutrofilia (10590/uL), Proteina C Reactiva 6,64mg/L; sedimento urinário com vestígios de leucócitos e positivo para proteínas e hematúria. Tomografia Computorizada Abdomino-pélvica revelou rim direito de aspeto globoso com zonas segmentares com defeito de perfusão e aspeto de nefrograma estriado compatível com pielonefrite. Medicada empiricamente com Ceftriaxone sem melhoria sintomática. Dos resultados culturais destaca-se o isolamento em hemocultura de Yersinia pseudotuberculosis (resistente a Cefalosporinas e sensível a Fluoroquinolonas) e coproculturas negativas. Ajustada a terapêutica, o quadro evoluiu favoravelmente com melhoria clínica, analítica e imagiológica. Conclusão: Casos de bacteriemia a Yersinia pseudotuberculosis, em indivíduos não imunodeprimidos, por contacto com animais contaminados não se encontram frequentemente descritos na literatura. Neste caso a inoculação directa na corrente sanguínea terá sido a porta de entrada deste agente, permitido disseminação hematogénea para o rim. A idade, estado imunológico e o diagnóstico precoce de infecção com instituição atempada de antibioterapia parecem ter sido factores protectores para a evolução favorável deste caso.

PO-04-57

HEMIPARÉSIA NUM DOENTE IDOSO – ILUSTRAÇÃO DE UM CASO DE INFECÇÃO VIRAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Fábio Cota-Medeiros, Patrícia Aranha, Alexandra Zagalo, Cláudia Afonso, Luís Caldeira
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL SANTA MARIA – SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central resultante da infecção pelo vírus JC. Trata-se de uma entidade mais frequente nos indivíduos imunodeprimidos. Entre estes, destacam-se os doentes com infecção por VIH. Apresentamos o caso de um homem, de 67 anos, internado por parésia do membro inferior direito com cerca de duas semanas de evolução. Eram conhecidos os diagnósticos prévios de hipertensão arterial, dislipidémia e doença cerebro-vascular isquémica. Cerca de um ano antes do internamento foi igualmente diagnosticada infecção por VIH-1, apresentando na altura uma contagem LTCD4+ de 37/µL (4%), tendo iniciado terapêutica antiretroviral com abacavir, lamivudina e efavirez, resultando em supressão virológica e recuperação imunológica (LTCD4+ 317/µL, 6%). À observação apresentava hemiparésia direita mais acentuada no membro inferior direito, bem como hiperreflexia rotuliana e Babinski à direita. Efectuada TC CE com alterações sugestivas de alterações vasculares microcirculatórias. Eco-doppler dos vasos do pescoço e transcraneano sugestivo de doença ateromatosa. Apesar do risco cardiovascular reconhecido, foi efectuada RMN CE, que identificou lesão na vertente interna da circunvolução frontal ascendente esquerda compatível com leucoencefalopatia multifocal progressiva. Foi efectuada punção lombar com saída de líquor em límpido e incolor, com discreta hiperproteinorráquia (69.2 mg/dL); a pesquisa de vírus JC, por PCR, foi positiva. Admitiu-se o diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva no contexto de síndrome inflamatório de reconstituição imunológico. Pretende-se ilustrar um caso de LEMP e a respectiva manifestação semiológica aquando da recuperação imunológica. Destaca-se a necessidade de diagnóstico diferencial nas síndromes neurológicas no idoso infectado por VIH e elevado risco cardiovascular.

PO-04-58

SÉPSIS E O CORAÇÃO - NEM TUDO É LINEAR

Fábio Cota-Medeiros, Elisabete Guerreiro, Daniela Lages, Alexandra Zagalo, Cláudia Franco, Luís Caldeira
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL SANTA MARIA – SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A sépsis é uma síndrome resultante de uma infecção com resposta inflamatória sistémica. Frequentemente se complica por disfunção multiorgânica, não sendo o sistema cardiovascular excepção. As manifestações clínicas são variáveis e nem todas se incluem na síndrome de Tako-Tsubo. Pretendemos ilustrar um caso atípico de cardiomiopatia de stress no contexto de sépsis. Apresentamos o caso de um homem asiático, de 44 anos de idade, internado por celulite da perna. Por suposta alergia a penicilina, foi medicado com clindamicina. Verificou-se rápida progressão clínica e laboratorial, com critérios de sépsis grave por disfunção multiorgânica. Documentou-se bacteriémia por Staphylococcus aureus resistente a penicilina e a clindamicina, pelo que o doente foi medicado com flucloxacilina. Foi excluída endocardite por ecocardiograma transtorácico, que documentou função e estrutura cardíacas normais. Duas semanas após verificou-se episódio de precordialgia auto-limitado com taquicardia; ECG e troponina normais. Efectuado ecocardiograma transtorácico cerca de duas semanas após queixas onde se documentou dilatação aneurismática da parede livre do ventrículo direito. Para esclarecimento do quadro foi efectuada RMN cardíaca cerca de um mês após o ecocardiograma, revelando função e morfologia cardíacas normais, com regressão da dilatação aneurismática. Foram excluídas causas infecciosas de miocardite; a pesquisa de HLAB-27 foi positiva. Admitiu-se o diagnóstico de cardiomiopatia secundária a sépsis. A

cardiomiopatia da sépsis é uma entidade cada vez mais reconhecida pela facilidade de diagnóstico ecocardiográfico. No entanto, como se tem referido, as manifestações cardíacas de stress poderão ser mais amplas do que as reconhecidas. Destaca-se este caso pelas suas características atípicas: manifestação rara de cardiopatia de stress, timing de instalação e potencial mecanismo de autoimunidade na patogénese.

PO-04-59

UM RARO CASO DE MENINGITE ASSÉPTICA POR LEPTOSPIRA SPP.

Vanessa Barcelos, Ana Carolina Ferreira, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, António Prisca, Clara Paiva.
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE.

A Leptospirose, zoonose causada pelas espiroquetas patogénicas do género Leptospira spp, é dotada de um amplo espectro clínico, podendo manifestar-se como síndrome febril inespecífico ou doença fulminante com acometimento multiorgânico. O atingimento meníngeo pode ocorrer, não podendo ser negligenciada como etiologia de meningite asséptica. Os autores descrevem o caso de um homem de 53 anos, lavrador, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 5 dias de evolução de cefaleias, calafrios e mialgias generalizadas. À observação: com cefaleias frontais (refratárias à analgesia instituída), febril e com rigidez da nuca. Do estudo complementar realizado: analiticamente sem leucocitose, neutrofilia relativa e proteína C reativa elevada; tomografia computadorizada cranioencefálica sem alterações; punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) "água de rocha", exame bioquímico com glicose normal e proteínas aumentadas, exame citológico com 840 células/mm3 (predomínio de polimorfonucleares). Feitas colheitas para hemoculturas (LCR também para exame microbiológico) e pesquisa molecular de Leptospira spp (atendendo ao contexto epidemiológico). Instituída antibioterapia empírica com ceftriaxona, vancomicina e ampicilina. Hemoculturas e cultura do LCR negativas. Pesquisa molecular de Leptospira spp positiva na urina. Nesse contexto foi assumida meningite por Leptospira spp pelo que se suspendeu a antibioterapia com vancomicina e ampicilina. Cumpriu 10 dias de ceftriaxona com franca melhoria clínica e laboratorial. A confirmação bacteriológica nem sempre é possível devido à especificidade dos meios de cultura e tempo de incubação necessário para isolar a Leptospira spp. O diagnóstico presuntivo inicial baseia-se na observação clínica, contexto epidemiológico e bioquímica do LCR. Estas formas de leptospirose neurológicas são usualmente negligenciadas, constituindo o seu diagnóstico um desafio nas regiões endémicas da doença.

PO-04-60

COLITE POR CITOMEGALOVIRUS COM ATINGIMENTO CUTÂNEO EM DOENTE HIV+

Adelaide Moutinho, Ana Rafael, Sheila Koch Jamal, Sérgio Laskasas, Sandra Tavares
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE CHAVES - CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

A introdução da terapêutica antirretrovírica (TAR) contribuiu para a redução da infeção sintomática causada por citomegalovírus (CMV) na população VIH-1. A doença orgânica ocorre em doentes com imunodepressão severa, que não fazem tratamento ou estão em falência. A colite representa 5 a 10% dos casos, mas as manifestações cutâneas são raras. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 54 anos, doméstica, com infeção pelo VIH-1 com 8 anos de evolução, sem seguimento ou terapêutica. Sem história de infeções oportunistas. Apresentava numa primeira consulta contagem de CD4+ 43 células/mm³, carga vírica (CV) 155000 cópias/ml, anemia e leucopenia. Iniciou terapêutica com tenofovir, emtricitabina e efavirenze, com falência por incumprimento terapêutico. Em consulta de seguimento, a doente queixava-se de diarreia aquosa com 2 semanas de evolução, vómitos, disfagia, dor abdominal e emagrecimento. Sem febre. Objetivamente apresentava mau estado geral, candidíase oral, lesões cutâneas em várias fases de evolução, vesículas e crostas dispersas; com dor difusa à palpação nos quadrantes abdominais direitos, sem defesa. Analiticamente salienta-se leucopenia, função renal normal, hipocalemia (2,9 mEq/L), CD4+ 20 células/mm³, CV VIH de 787000 cópias/mL. Os exames parasitológico e bacteriológico de fezes foram negativos. A EDA mostrou hiperemia difusa e a colonoscopia revelou congestão da mucosa retal. A biopsia mostrou lesões inflamatórias inespecíficas. A antigenemia de CMV foi 1:50000. Assumida colite por CMV, instituído ganciclovir e TAR de acordo com o perfil de resistências. Verificou-se evolução favorável com resolução do quadro gastrointestinal e das lesões cutâneas. As manifestações cutâneas do CMV são raras, mesmo em doentes com imunodepressão severa. Nestes, a colite é a manifestação extraocular mais frequente. O seu diagnóstico passa por exames endoscópicos com biópsia, sendo que em cerca de 25% dos casos a colonoscopia é normal.

PO-04-61

UM CASO DE ENDOCARDITE COMPLICADO POR SÍNDROME DE DRESS

Fábio Cota-Medeiros, Elisabete Guerreiro, Alexandra Zagalo, Luís Caldeira
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL SANTA MARIA – SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A exposição a fármacos poderá resultar em vários efeitos secundários. O síndrome de DRESS (drug reaction with eosinophila and systemic symptoms) é uma reacção farmacológica idiossincrática. Manifesta-se clinicamente por febre, rash, eosinofilia e outras repercussões sistémicas. O período entre a exposição ao fármaco e o início do quadro é variável. Pretendemos ilustrar um caso de síndrome de DRESS numa doente internada. Apresentamos o caso de uma mulher, de 63 anos, internada por artrite séptica da articulação esterno clavicular esquerda. Na admissão apresentava sinais inflamatórios na articulação esternoclavicular esquerda, sem porta de entrada evidente. Medicada empiricamente com ceftriaxone e clindamicina. Por biópsia articular foi isolada estirpe de Staphylococcus aureus susceptível a meticilina; substituiu-se ceftriaxone por flucloxacilina, que se suspendeu por toxicidade, tendo-se mantido clindamicina. Apesar de ecocardiograma normal, estabeleceu-se o diagnóstico de endocardite infecciosa por critérios de Duke´s. Uma semana após antibioterapia com clindamicina verificou-se instalação de febre e, posteriormente, rash cutâneo morbiliforme, eosinofilia, elevação de parâmetros inflamatórios e agravamento de função renal. Admitiu-se síndrome de DRESS secundário à clindamicina. Substituiu-se clindamicina por cefazolina e a doente iniciou corticoterapia e anti-histamínico, com resolução. No caso apresentado o síndrome de DRESS apresentou-se inicialmente como febre, com instalação ulterior do restante quadro sugestivo. Destaca-se a necessidade de reconhecimento do síndrome, considerando a sua baixa frequência e mortalidade associada.

PO-04-62

MENINGOENCEFALITE POR RICKETTSIA: UM ATINGIMENTO POUCO FREQUENTE DE UMA DOENÇA COMUM

Adelaide Moutinho, Ana Rafael, Marta Meleiro Lisboa, Inês Soares, Sandra Tavares
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE CHAVES - CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

A febre escaronodular é uma zoonose endémica nos países mediterrâneos, usualmente auto-limitada e de curso benigno. Em 6 a 10% dos casos estão descritas formas graves, com taxas de mortalidade que podem atingir os 2,5%, geralmente associadas a meningoencefalite ou miocardiopatia. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 89 anos, rural, com insuficiência cardíaca e hipertensão arterial, admitida em agosto por febre com 5 dias de evolução e prostração. Objetivamente apresentava-se vígil e colaborante, febril (38ºC), estável hemodinamicamente, com crepitações bibasais à auscultação pulmonar. Sem outras alterações. Analiticamente salienta-se anemia (12,1 g/dL); leucopenia (2100/µL), trombocitopenia (97000/µL); creatinina 2,7 mg/dL, ureia 117 mg/dL, ionograma normal, proteína C reativa 28,24 mg/dL; hipoxemia (PO2 53 mmHg).A urina tipo II evidenciou nitritos positivos, leucocitúria, eritrocitúria e proteinúria. Presumida sépsis com ponto de partida urinário com instituição de ceftriaxona. Foi isolada na urocultura E.coli. Ao 2º dia de admissão verificou-se agravamento clínico com obnubilação, mioclonias generalizadas, aparecimento

de rash maculopapular com atingimento de palmas e plantas. Iniciou empiricamente doxiciclina por suspeita de febre escaronodular. As tomografias crânio-encefálica e abdómino-pélvica não revelaram alterações. O exame do liquor apresentava características inflamatórias com bacteriológico negativo. A serologia para Rickettsia conorii mostrou um título IgG 1:1024, IgM 1:64. A doente evoluiu com disfunção múltipla de órgãos (neurológico, renal, respiratório, urinário, hematológico e coagulopatia), vindo a falecer. Nem sempre é possível fazer um diagnóstico direto de febre escaronodular. No caso apresentado, a inexistência de rash à admissão e a presunção de um quadro de sépsis urinária protelaram o diagnóstico. O atingimento neurológico pela Rickettsia surge em 5-6% dos casos e acarreta mau prognóstico.

PO-04-63

MIOPERICARDITE DE CAUSA ATÍPICA

Ana Carolina Ferreira, Vanessa Barcelos, António Fontes, Carla Almeida, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, António Prisca, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

Os autores descrevem o caso de um homem de 29 anos, operador de sistemas de saneamento básico, admitido no Serviço de Urgência com quadro de febre, mialgias e tosse seca com um dia de evolução. Objetivamente, a destacar: febre, hipotensão e taquicardia. Atendendo ao contexto epidemiológico, foi colocada a hipótese diagnóstica de Leptospirose, posteriormente confirmada por pesquisa de Leptospira spp. por técnica de PCR. Admitido em Unidade de Cuidados Intermédios sob antibioterapia com ceftriaxona e terapêutica de suporte aminérgico. Iniciou no primeiro dia de internamento quadro de precordialgia constritiva, tendo realizado electrocardiograma, constatando-se infradesnivelamento de PR nas derivações inferiores e supradesnivelamento de ST difuso. Laboratorialmente: subida aguda dos marcadores de necrose miocárdica (MNM), com pico máximo de troponina I 18,9 ug/L. Ecocardiograma transtorácico com função sistólica ligeiramente deprimida (Fej 48-50%) por ligeira hipocinesia global, sem padrão segmentar; ausência de derrame pericárdico. Admitiu-se quadro compatível com Miopericardite com depressão da função sistólica ventricular esquerda. Perante envolvimento miocárdico significativo, iniciou inibidor da enzima de conversão da angiotensina. A evolução foi favorável sob a antibioterapia instituída, apresentando à data da alta melhoria clínica e laboratorial (MNM negativos). O envolvimento cardíaco na Leptospirose é frequente, podendo ocorrer numa fase inicial da doença. Contudo, a disfunção ventricular esquerda é rara, pelo que o diagnóstico atempado de Miopericardite a Leptospira spp. é crucial dada a sua potencial gravidade, mas também reversibilidade com a antibioterapia precoce e restantes medidas adequadas.

PO-04-64

ENDOCARDITE DE VÁLVULA PROTÉSICA. UM CASO DE INSUCESSO TERAPÊUTICO.

Edite Marques Mendes, Lúcia Meireles Brandão, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção do endotélio miocárdico associada a um mau prognóstico e a uma mortalidade elevada. A incidência de EI por staphylococcus coagulase negativos têm vindo a aumentar. Historicamente os staphylococcus coagulase negativos foram considerados agentes colonizadores da pele. Mais recentemente a sua importância como agente patogénico foi reconhecida, principalmente com a utilização de dispositivos invasivos. Os autores apresentam um casos de endocardite infecciosa por Staphylococcus haemolyticus meticilino-resistente. Caso Clínico: Mulher de 90 anos, parcialmente dependente para deambulação. Antecedentes de doença renal crónica, fibrilhação auricular e com insuficiencia cardíaca de etiologia valvular com colocação de protese aórtica biológica em 1997. Trazida ao Serviço de Urgência por agravamento do estado geral com 2 semanas de evolução, associado a dejecções diarreicas e febre. Ao exame objectivo apresentava-se prostrada, não colaborante. Desidratada. Internada por provável infecção do tracto urinário, medicada com ceftriaxone. Da marcha diagnóstica, salienta-se ecografia abdominal e tomografia axial computorizada cerebral sem alterações. Analiticamente com agravamento da função renal e elevação dos marcadores de infecção. Isolamento em hemoculturas de Staplylococcus haemolyticus meticilino-resistente. Realizou ecocardiograma transtorácico seguido de transesofágico que confirmou lesão compatível com vegetação na valvula aórtica, mas sem abcessos. Optou-se por tratar com Vancomicina Gentamicina Rinfampicina e. Apesar de tratamento dirigido, manteve picos febris diários, hemoculturas positivas para o mesmo agente e deterioração do estado neurológico. Óbito ao 41º dia de internamento. Conclusão: Os autores pretendem salientar a particularidade de uma infecção grave por um agente habitualmente não patogénico. Realça-se também a mortalidade ainda elevada da EI, mesmo após tratamento antibiótico dirigido.

PO-04-65

HEPATITE AGUDA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA INFEÇÃO POR VÍRUS EPSTEIN-BARR (EBV)

Stella Cortes Verdasca, Maksym Dykyy, Domingas Pereira, Telo Faria, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

Introdução: O vírus Epstein-Barr (EBV) é um membro da família herpesviridae sendo a principal causa de mononucleose infecciosa (MI), a qual é caracterizada por febre, linfoadenopatias, fadiga, faringite e linfocitose atípica. Icterícia e hepatomegalia são sintomas menos comuns, e a hepatite aguda apresenta-se como uma complicação rara. Caso Clínico: Homem de 54 anos, saudável, sem medicação habitual, admitido por quadro de dor abdominal, icterícia, febre (39ºC) e cefaleias com 10 dias de evolução. Sem outra sintomatologia, viagens ou contacto com animais. Objetivamente relevante com temperatura (37,5ºC), escleróticas ictéricas e palpação abdominal com hepatomegalia. Da investigação, analiticamente com velocidade de sedimentação 60 mm/lh , AST 1046 U/L, ALT 1276 U/L, Bilirrubina direta 2,56 mg/dL, Bilirrubina total 4,01 mg/dL, GGT 564U/L , FA 188 U/L, LDH 313 U/L, PCR 2 mg/dL. Esfregaço sanguíneo com linfócitos atípicos e reativos. Ecografia abdominal com hepatomegalia. Serologias vírus Epstein-Barr (EBV) VCA IgM, IgG e EBNA IgG positivas. Restante estudo analítico, microbiológico, serológico, ecocardiográfico e imagiológico sem alterações relevantes. As serologias são compatíveis com infeção por EBV sendo admitida a hipótese de hepatite a EBV. Sob terapêutica sintomática verificou-se boa resolução clínica com normalização lenta do hemograma e função hepatocelular. Conclusão: A hepatite aguda apresenta-se como uma manifestação rara da infeção por EBV. Cerca de 90-95% da população adulta apresenta serologias positivas para infeção antiga a EBV. O vírus pode apresentar manifestações clínicas variáveis, predominando as formas assintomáticas. Este caso salienta-se pela sua apresentação infrequente.

PO-04-66

DOENÇA DE HANSEN UM DIAGNÓSTICO A TEMPO - Á PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Júlia Manuel, Avelina Samuel, Gisela Manuel, Maria Manuela Neto
CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA; LUANDA-ANGOLA.

Doença de Hansen é uma doença infecciosa granulomatosa crónica causada pelo Mycobacterium leprae, irradicada em países desenvolvidos, porem em países em via de desenvolvimento permanece, constituindo um problema de saúde pública. CASO CLÍNICO: Os autores apresentam um caso clinico de um homem de 39 anos melanodérmico, sem antecedentes patológicos relevantes. Inicia acerca de 8 meses perda ponderal (mais de 10% da SCT), sensação febril não quantificada, lesões dermatológicas generalizadas e mal estar geral, com história de vários internamentos sem melhoria, recorreu ao serviço de urgência da CSE. A observação emagrecido, com amiotrofias dos membros superiores e inferiores, muito marcada garra cubital esquerda (mão de pregador), menos intensa a direita, infiltrado da pirâmide nasal e pequenos nódulos no pavilhão auricular, palpam-se nervos cubitais engrossados e doloroso bem como auricular esquerdo. Perda de sensibilidade dolorosa e táctil nos membros superiores e inferiores. Dos exames complementares salienta-se anemia microcitica hipocrômica (Hb 5.8g/dl), alteração da função renal, serologia para VIH negativa. O exame histológico da pele confirmou o diagnóstico de doença de Hansen. Iniciou terapêutica dirigida com rifampicina, clofacimina e dapsona, com

resultado favorável, mantendo seguimento em ambulatório. CONCLUSÃO: Apesar de ser uma doença em irradicação, segundo a OMS, após uma exaustiva marcha diagnóstica chegou-se a conclusão de doença de hansen, com um final feliz após terapêutica específica.

PO-04-67

ESPONDILODISCITE INFECIOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jandir Patrocínio, Rodrigo Moraes, Filipe Carvalho, Marta Vaz, Lúcia Proença, Marinela Major, Fernanda Louro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

A espondilodiscite é um processo inflamatório, geralmente infecioso, que acomete os discos intervertebrais e vértebras associadas. O diagnóstico pode ser bastante difícil, devido à raridade da doença, à sintomatologia insidiosa e à alta prevalência de dor lombar na população geral. Homem de 61 anos, natural de Cabo Verde, antecedentes de etanolismo crónico, diabetes mellitus tipo 2 e HTA, criador de porcos e cabras, consumo de leite de cabra não pasteurizado até há 12 anos. Quadro de 9 meses de evolução inicialmente com febre e suores nocturnos com cerca de 1 mês, sem investigação. Há 8 meses inicia lombalgia de agravamento progressivo, tosse produtiva arrastada, anorexia e perda ponderal de cerca de 25 kgs, com múltiplas recorrências ao SU. Há 1 mês agravamento da lombalgia com irradiação para membro inferior direito. O Rx da coluna lombar de 2015 com lesões de L1-L2 não existentes em 2014, sugestivas de patologia infeciosa/neoplásica. A TAC e a RMN da coluna lombar mostraram a mesma lesão sugerindo possível envolvimento infecioso. Análises com PCR 1.28mg/dL, Reação de HUDDLESON e WIDAL negativas. VDRL + 1/2, TPHA + 1/160, Prova de Rosa Bengala+, serologias para o VIH e Hepatites B e C e hemoculturas negativas, BAAR na expectoração, PCR para Mycobacterium tuberculosis e para a Brucelose negativos. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou deformação do corpo de L1 e L2 com alteração da estrutura óssea, a nível muscular adjacente sugestivo de processo infecioso. O resultado histológico do fragmento lombar mostrou tecido fibro-conjuntivo e de granulação, lesões degenerativas com destruição de disco inter-vertebral e algumas esquírolas ósseas associado a infiltrado inflamatório linfocitário, sugestivos de tuberculose. Iniciou antibacilares com boa resposta clínica. Por se tratar de uma doença rara, o alto grau de suspeição para o seu diagnóstico, disponibilidade de métodos de imagem são fundamentais para permitir o início precoce do tratamento e redução de complicações.

PO-04-68

ROMBOENCEFALITE POR LISTERIA MONOCYTOGENES EM CONTEXTO DE HIPERCORTISOLISMO

Ana Rafaela Araújo, Luís Fontão, Juliana Castelo, Mariana Branco, Marta Lopes, Renata Silva, Beatriz Pinheiro, Catarina Santos
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO DE MEDICINA; CENTRO HOSPITALAR ENTRE O DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE NEUROLOGIA

A infeção por Listeria monocitogenes (LM) ocorre por ingestão de alimentos contaminados.O espectro clínico varia de gastroenterite febril a meningoencefalite/abcesso cerebral em imunocomprometidos. O hipercortisolismo altera a imunidade, aumentando o risco de infeções. Mulher, 48 anos, autónoma, sem antecedentes relevantes, trazida ao serviço de urgência por diplopia, com progressão para deterioração do estado de consciência nos 2 dias seguintes.Objetivou-se febre, prostração, sinais meníngeos, afasia global, hemiplegia direita e oftalmoparésia complexa. Analiticamente com leucocitose, hiponatrémia e PCR de 39,7 mg/L. A tomografia computorizada cranioencefálica (CE) mostrou hipodensidades na cápsula interna, região subtalâmica esquerda e mesencéfalo. A ressonância magnética CE revelou abcessos cerebrais.O liquor (LCR) apresentava pleocitose (66% polimorfonucleares), proteinorráquia (150 mg/dl) e consumo de glicose. Iniciou ceftriaxone, metronidazol e ampicilina e foi admitida na medicina intensiva. Isolada LM no LCR e ajustada antibioterapia para ampicilina e gentamicina, que cumpriu durante 6 semanas. VIH, HBV e HCV negativos. Foi transferida para Neurologia após melhoria clínica, analítica e imagiológica. Detetou-se diabetes, hipertensão, hirsutismo, hipocaliémia, amenorreia e edemas dos membros inferiores. A marcha diagnóstica confirmou ser síndrome de Cushing ACTH-dependente. Iniciou cetoconazol com normalização de caliémia. Manteve tetraparésia simétrica grau 4, disartria e disfunção cognitivo-comportamental. O cateterismo de seios petrosos confirmou origem hipofisária, sendo submetida a cirurgia transfenoidal. Mantém seguimento em consulta. A localização infratentorial de algumas lesões e perfil do LCR levantaram a suspeita de meningoencefalite por LM, apesar de inicialmente não existir evidência de imunossupressão. Salienta-se a importância da integração dos dados semiológicos e exames complementares que permitiram chegar ao diagnóstico de Doença de Cushing.

PO-04-69

CLOSTRIDIUM DIFFICILE E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

José Ramalho, Ana Gameiro, Sonia Almeida, Marta Valentim, Marta Cerol
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

A infeção por Clostridium difficile é a principal causa de diarreia nosocomial nos países desenvolvidos, estando o risco aumentado em doentes de idade avançada, coexistência de outras patologias, imobilização prolongada, institucionalização e/ou sob antibioterapia de largo espectro. Trata-se de uma doença com uma taxa de mortalidade elevada e onde as recorrências são comuns. Caso Clinico: Mulher de 78 anos, institucionalizada, com antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensão arterial e doença renal crónica. Após múltiplas vindas ao Serviço de Urgência por vómitos e diarreia arrastada é internada no serviço de medicina por quadro clínico de febre e dores abdominais. Apresentava-se sub-febril e desidratada. Analiticamente: anemia normocítica normocrómica e elevação de parâmetros inflamatórios. Exames complementares de diagnóstico destaca-se: ecografia abdominal com segmento de ansa pélvica com parede proeminente podendo traduzir eventualmente colite. Pesquisa de toxina de Clostridium difficile positivas, exames culturais negativos. Colonoscopia total com visualização de pseudo-membranas desde o recto até ao nível atingido, sugestivas de colite pseudomembranosa exuberante. Iniciou terapêutica com Metronidazol e Vancomicina, contudo a doente apresentou evolução para um quadro de choque séptico, com agravamento da função renal e acidose grave refractaria falecendo ao 18º dia de internamento. O espectro de doenças associadas à infeção por Clostridium difficile varia desde a diarreia ligeira sem manifestações sistémicas até à colite fulminante. No caso apresentado trata-se de uma das manifestações extremas da infeção, a Colite Pseudomembranosa, destacando-se pela extensão das lesões e gravidade do quadro clínico levando à morte da doente

PO-04-70

MICETOMA POR FUNGO NEGRO: UM DIAGNÓSTICO RARO NO CONTINENTE EUROPEU

Tiago Serra, Raquel Silva, Miguel Guia, Fernanda Paixão Duarte, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA II

Os micetomas são clinicamente definidos pela tríade: tumefacção, presença de fístula e drenagem de grãos. Resultam da inoculação cutânea dos agentes causais na sequência de trauma local e podem permanecer indolentes durante longos períodos. Apresenta-se uma mulher negra, 53 anos, natural de Angola com drepanocitose, epilepsia vascular e colecistectomizada. Internada por colangite a motivar extracção de cálculo residual. Destacava-se anemia hemolítica (Hb 5mg/dL) e hiperbilirrubinémia (bilirrubina total 41mg/dL). Evoluiu com bacteriemia a E. coli tendo cumprido múltiplos ciclos de antibioterapia sem melhoria. Por agravamento do estado de consciência e da anemia, anasarca e aumento dos parâmetros de infecção foi admitido quadro séptico e alargado o espectro antibiótico. O ecocardiograma revelou insuficiência cardíaca aguda (fracção ejecção 35%) e o electroencefalograma documentou estado de mal não convulsivo. Perante a persistência da hemólise e com teste Coombs positivo admitiu-se componente autoimune pelo que fez corticoterapia com melhoria clínica e analítica (Hb 7.3mg/dL). Por dejecções diarreicas foi pesquisada toxina para Clostridium difficile que se revelou positiva tendo feito terapêutica com resolução do quadro. Documentaram-se nódulos dos membros inferiores e lesão

flutuante no dorso do pé esquerdo com fistulização e conteúdo purulento de cor negra com grânulos negros. A biópsia da lesão revelou emaranhados de hifas. Conclui-se ser micetoma e iniciou terapêutica com Itraconazol com boa evolução clínica e laboratorial. O exame cultural não permitiu isolamento da espécie. Os micetomas são raramente diagnosticados nas fases iniciais devido à inexistência da tríade clássica de tumor, fístulas e grãos. Neste caso, a evolução para micetoma resultou da corticoterapia a motivar imunossupressão e recrudescimento da infecção fúngica. Realça-se a raridade do diagnóstico dado tratar-se de um fungo negro cuja existência é desconhecida no continente Europeu.

PO-04-71

SÍNDROME FEBRIL – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Vera Luís, Svitlana Hrihoryan, António Cabral, Estela Ferrão, Maria José Grade, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE – UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO SERVIÇO DE MEDICINA 4

INTRODUÇÃO: O Síndrome Febril pode ter várias etiologias, desde infeciosa, a neoplasias ou doenças autoimunes. É importante excluir todas as causas, para determinar a conduta clínica específica. CASO CLÍNICO: Homem de 55 anos, pescador, sem antecedentes patológicos conhecidos, sem contexto epidemiológico relevante, recorreu ao serviço de urgência por febre alta (>38ºC) de predomínio vespertino, acompanhada de hipersudorese noturna e tosse seca, desde há um mês. Analiticamente destacou-se uma Anemia (Hbg 11.9 g/dL) Normocítica/Normocrómica, ligeiro aumento das Transaminases (A.S.T. 40 U/L e A.L.T. 49 U/L), Velocidade de Sedimentação de 85 mm 1ªh e Proteína C Reactiva de 288 mg/L. As hemoculturas foram negativas. No Ecocardiograma Transtorácico não foram visualizadas vegetações, a Tomografia computorizada (TC) Abdominal mostrou apenas hepatoesplenomegália. Alargando-se o estudo verificou-se no âmbito da autoimunidade, um Fator Reumatoide de 58.9 IU/mL; a nível dos Marcadores tumorais apresentou um aumento da NSE (62.1 ng/mL) e da Beta 2 Microglobulina (4.21 mg/L); dentro das serologias destacou-se a presença do Anticorpo Anti-Brucela positivo (1/640) . Admitiu-se o diagnóstico de Brucelose e inicou antibioterapia com Rifampicina (900mg/dia) e Doxiciclina (100mg 8/8h) que deverá manter entre 4 a 6 semanas, atualmente com boa evolução clínica. DISCUSSÃO: A brucelose é causada por batérias do género Brucella. Existem várias espécies de Brucella, no entanto as patogénicas para os humanos são: Brucella melitensis, a mais frequente, mais invasiva e patogénica, tem como reservatórios as cabras, as ovelhas e os camelos. Geralmente transmitida pela ingestão de alimentos contaminados, ou por contacto direto com os animais ou seus fluidos. Pretendemos ressalvar a importância da declaração deste tipo de patologia, principalmente em casos de inexistência de contexto epidemiológico, pela necessidade de investigação epidemiológica por uma questão de Saúde Pública

PO-04-72

UM RARO CASO DE MENINGOENCEFALITE A PASTEURELLA MULTOCIDA

Ana Carolina Ferreira, Vanessa Barcelos, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

A meningoencefalite por Pasteurella multocida (Pm) constitui uma ocorrência clínica rara. Está subdiagnosticada devido a classificação errónea do microorganismo que é morfologicamente semelhante a Haemophilus influenzae e Neisseria Meningitidis. Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos, asmático, fumador, com contato diário com canídeos, admitido no Serviço de Urgência por alteração aguda do estado de consciência associada a história prévia de cefaleias e vómitos com 4 dias de evolução. À observação: Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 6; espasticidade generalizada; febril. Do estudo realizado salientava-se: analiticamente com leucocitose e neutrofilia, proteína C reativa e procalcitonina aumentadas; gasimetria com alcalose respiratória e hipoxémia; radiografia do tórax com infiltrado reticular bilateral; tomografia computadorizada cranioencefálica com edema vasogénico occipital direito; punção lombar com líquido cefalorraquidiano (LCR) purulento com mais de 1000 células/µL de predomínio polimorfonuclear, glicose baixa e proteínas elevadas. Assumiu-se meningoencefalite bacteriana, sendo transferido para o Serviço de Medicina Intensiva, sedado e ventilado, sob antibioterapia empírica com ampicilina e vancomicina. Foi confirmada a presença de Pm no sangue, LCR e aspirado traqueobrônquico. O doente manteve-se em coma (ECG 4) com agravamento imagiológico das lesões cerebrais com abcessos e enfartes. Este caso descreve uma forma incomum de apresentação de infeção por Pm, agente pertencente à flora orofaríngea normal de animais domésticos ou selvagens. As infeções de tecidos moles após mordedura/arranhadura são a apresentação mais frequente. O acometimento de outros sistemas de órgãos ocorre, originando doença grave, como meningite e bacteriémia, com taxas de mortalidade que podem atingir os 25 e 30% respetivamente. O reconhecimento precoce desta etiologia, através de uma história clínica cuidada, é fator crucial para a instituição da antibioterapia recomendada.

PO-04-73

MALÁRIA: UM CASO DE SUCESSO

Manuel Serrano Martins, Antónia Cardoso, Daniel Duarte, Grace Staring, Wildemar Costa, Claudia Fernandes, Ivone Barracha, Rosa Amorim
CHO-TORRES VEDRAS, MEDICINA INTERNA A

Introdução: A Malária é a doença parasitária mais relevante para o ser humano, sendo a causa mais comum de doença febril em viajantes que regressam de áreas endémicas. A doença grave é definida por uma carga parasitária periférica alta (>5%) ou falência multi-orgânica, ocorre principalmente com a infecção por Plasmodium falciparum (PF). Caso Clínico: Homem de 49 anos, previamente saudável, tendo regressado a Portugal após 2 anos de residência em Angola. Duas semanas após o seu regresso, recorre ao Serviço de Urgência do hospital por febre alta, calafrios, sudorese, tonturas, mialgias, vómitos e prostração de agravamento progressivo em 24 horas. Realizou pesquisa de Plasmodium cujo resultado foi positivo para PF com 48% de parasitémia periférica. Iniciou terapêutica com quinino endovenoso e doxiciclina oral. Por agravamento do estado de consciência foi transferido para uma unidade de cuidados intensivos(UCI), com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Ao 3º dia de internamento, decréscimo da parasitémia para 0.1% e melhoria global do estado clínico, fez transição para terapêutica oral sendo transferido para o hospital de origem. Ao 5º dia de terapêutica, a parasitémia era indetectável. O doente teve alta para seguimento em consulta de infecciologia com recuperação clínica e analítica total. Conclusão: Sabendo que a taxa de mortalidade da malária grave por PF se situa entre 10 e 25%, em indivíduos com doença febril e história epidemiológica, é essencial realizar precocemente o diagnóstico e instituir imediatamente a terapêutica dirigida uma vez que estas atitudes podem ser life-saving.

PO-04-74

INFECÇÃO A PASTEURELLA MULTOCIDA: UM CASO DE PNEUMONIA E BURSITE

Tânia Strecht, Sara Custódio Alves, Catarina Vizinho de Oliveira, Jana Zelinova, Ana Tornada
HOSPITAL DE CASCAIS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Pasteurella multocida é uma bactéria Gram negativo, comensal para os animais, e que pode causar uma variedade de infeções em seres humanos, geralmente como resultado de arranhões, mordeduras ou lambidelas de gato ou de cão, principalmente em idosos e imunocomprometidos. Os autores relatam um caso de uma doente, de 85 anos, previamente autónoma, cuidadora de 4 gatos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, e dislipidémia. Dá entrada no Serviço de Urgência por dor do membro inferior direito com um mês de evolução e impotência funcional, com perda da capacidade para a marcha. A radiografia e a TAC excluíram fractura do membro inferior. Diagnosticou-se Pneumonia com hipopermeabilidade alveolar em vidro despolido no lobo inferior direito, leucocitose e PCR de 32,94 mg/dl. Iniciou antibioterapia com Ceftriaxone e Azitromicina após colheita de hemoculturas, onde se isolou Pasteurella multocida. Evoluiu com melhoria clínica da Pneumonia, mas manteve as queixas do membro inferior direito, algum edema

na região pertroncantérica, com muita dor à palpação e mobilização. Reviram-se as imagens de TAC, sem sinais aparentes de osteomielite; mas com edema dos tecidos pertrocantéricos à direita. Por ecografia documentou-se bursite com cerca de 20 mm de espessura, e foi aspirado líquido sinovial ao décimo dia de antibioterapia para estudo microbiológico, que foi negativo. Ressalva-se neste caso a importância diagnóstica dos múltiplos focos infecciosos uma vez que influência a decisão da duração da antibioterapia, que neste caso seria duas a três semanas. Neste contexto os autores fazem uma revisão dos locais suscetíveis a infeção por Pasteurella multocida, relembram ainda a importância da anamnese e valorização das queixas do doente na investigação etiológica e marcha diagnóstica.

PO-04-75

HEMATOQUÉZIA MACIÇA EM IDOSO IMUNOCOMPETENTE

Maria Margarida Luis, Marcia Oliveira, Rafaela Verissimo, Claudia Rozeira, Agripino Oliveira, Vitor Paixão Dias
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - UNIDADE III. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO, EPE.

A infecção gastrointestinal por Citomegalovírus (CMV) é comum em doentes imunocomprometidos, mas é rara nos imunocompetentes. A clínica e os achados endoscópicos não são bem reconhecidos. Mulher, 87 anos. Katz A. Antecedentes de HTA. Admitida em Unidade de Ortogeriatria, ao abrigo da Via Verde de Fractura do Fémur, pós-operatório de redução fechada de fractura do fémur esquerdo. Sem complicações intra-operatórias. Bom estado geral, hemodinamicamente estável, apirética. D1 pós-operatório: delirium hiperactivo, comprometendo início de reabilitação funcional. D6 pós-operatório: febre. Não obstante imputabilidade da febre e da elevação de parâmetros analíticos de inflamação ao contexto pós-cirúrgico, pela persistência destas manifestações e deterioração progressiva de estado geral, opção pela colheita de rastreio séptico e instituição de ceftriaxona. Exclusão de complicação cirúrgica, focos pulmonar e urinário. Desenvolveu desconforto abdominal e diarreia, excluindo-se infecção por Clostridium difficile e outros patógenos entéricos. Presença de leucócitos nas fezes. Ecografia abdominal bem. Exames culturais negativos (incluindo coproculturas). D18 pós-operatório: hematoquézias; necessidade de suporte transfusional. AngioTC abdominal excluiu colite isquémica. Estudo imunológico negativo, Velocidade de Sedimentação baixa. Endoscopia digestiva baixa sugere colite infecciosa. VIH negativa. Instituídos ciprofloxacina e metronidazol. Biópsia intestinal com inclusões intranucleares, compatíveis com CMV. Tratamento com ganciclovir resolveu a sintomatologia, sem evidência de efeitos secundários. Teve alta assintomática. Sem recidiva. Klauber et al associam a infecção por CMV à hospitalização, em 1/3 dos indivíduos geriátricos. A cirurgia major é factor de risco. O idoso pode ser mais susceptível à infecção por CMV por alterações da função imunitária associadas à idade. A equacionar este agente em indivíduos idosos com febre persistente, diarreia, e coproculturas negativas.

PO-04-76

CITOMEGALOVIRUS – UMA INFECÇÃO SISTÉMICA

Inês Santos, Cláudia Janeiro, Nuno Carreira, Sofia Salvo, Vítor Freitas
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, MEDICINA 2.1

O citomegalovirus é um membro da família do Herpes virus, com o qual a maioria da população já teve contacto, habitualmente por uma infecção assintomática ou leves sintomas gripais, podendo reactivar ao longo da vida. O tratamento anti-viral está indicado normalmente para indivíduos imunocomprometidos e em situações clínicas graves sendo que para estes casos a morbimortalidade é substancialmente mais elevada. Os autores descrevem o caso de um doente de 35 anos, com antecedentes de Doença de Crohn, medicado com Mesalazina e Azatioprina, com doença estável, que recorreu ao Serviço de Urgência por tosse seca com 1 mês de evolução com agravamento nos últimos 3 dias, quando refere o aparecimento de febre elevada, calafrios, hipersudorese, mal estar geral e astenia. Já teria cumprido 1 ciclo de antibioterapia sem melhoria. Analiticamente a destacar leucopénia e leve elevação da PCR e das transaminases. Realizada TAC-toracoabdominopélvica, sem evidencia de patologia aguda, sem adenopatias ou organomegálias. Foi internado para investigação do quadro, verificando-se positividade para imunoglobulinas M e G para CMV, EBV, HSV 1 e 2, VZV, Parvovirus B19 e Adenovirus, que se interpretou como reacção cruzada/interferencia com o factor reumatóide. Realizada PCR dos virus para determinação da carga viral, positiva apenas para CMV. Por apresentar agravamento clínico, no contexto de uma neutropénia febril, optou-se por iniciar terapeutica anti-viral dirigida, que cumpriu durante 21 dias, a par de antibioterapia empírica, com melhoria clínica progressiva e carga viral gradativamente menor, indetetável ao fim 2 meses.

PO-04-77

SÍFILIS – UMA DOENÇA ANTIGA MAS ATUAL

Marta Custódio, Catarina Abrantes, Inês Rossio, Anabela Marques, Inês Vaz Pinto, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS - DR. JOSÉ DE ALMEIDA

A sífilis continua a ser um enorme desafio clínico, não só pela variedade de manifestações clinicas com que se apresenta mas também pela discussão que envolve os seus critérios de diagnóstico e o seu tratamento, nomeadamente quando há invasão do sistema nervoso central. Apresentamos o caso clinico de um doente de 53 anos, com infeção VIH conhecida há 2 anos, medicada e controlada (carga viral <20 cópias/mL), com seguimento regular em consulta. Recorreu a consulta não programada por quadro de rectorragias, febre e cefaleias com 12 dias de evolução. Realizou sigmoidoscopia que evidenciou extensas úlceras rectais, fazendo diagnóstico diferencial entre doença linfoproliferativa e proctite infeciosa reativa. A apresentação de rash cutâneo com atingimento da palma e planta dos pés durante a investigação clínica levantou a hipótese de diagnóstica de sífilis, que foi confirmada por VDRL positivo (diluição 1:256). A manutenção das queixas de febre e cefaleias levaram posteriormente à realização de punção lombar com VDRL positivo no líquido cefalorraquidiano na diluição 1:8, tendo assim sido feito o diagnóstico de neurossífilis. O doente ficou internado tendo cumprido 14 dias de penicilina G, com resolução progressiva das lesões cutâneas e do quadro neurológico bem como melhoria das úlceras rectais, após retossigmoidoscopia de controlo. Este caso pretende alertar para problemática da sífilis que apesar de ser uma doença bem conhecida continua subdiagnosticada, devendo ser sempre considerada em doentes com infeção VIH, mesmo quando a doença está controlada.

PO-04-78

CHOQUE SÉPTICO E FALÊNCIA MULTIORGÂNICA NUM CASO DE LEPTOSPIROSE

Catarina Parente, Ana Sofia Serafim, António Cardoso, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Discute-se o caso de um doente do sexo masculino, 80 anos, com antecedentes de doença coronária submetido a bypass, fibrilhação auricular permanente, hipertensão e doença renal crónica, que se apresentou no Serviço de Urgência com quadro séptico sem foco identificado e síndrome de disfunção multiorgânica, evoluindo para choque séptico requerendo suporte vasoaminérgico e entubação orotraqueal, com complicações hemorrágicas com tempo de protrombina de 121.2 segundos. Do estudo complementar realizado, tomografia computorizada (TC) tóraco-abdómino-pélvica detectou derrame pleural e ascite ligeiros. Realizou hemoculturas, pesquisa de Borrelia burgdorferi, Coxiella burnetti e Rickettsia conori com resultados negativos. Serologias para Legionella, Mycoplasma e Chlamydia também negativas. Repetiu TC torácica por agravamento do quadro respiratório, desta vez com extenso foco de consolidação parenquimatosa na base direita em provável contexto infeccioso nosocomial. Realizou ao longo do internamento vários esquemas antibióticos, sem resolução do quadro clínico. Após complicação respiratória, cultura de secreções brônquicas revelou Klebsiella pneumoniae ESBL (Extended-Spectrum Beta-Lactamase producing) tendo iniciado terapêutica com Ertapenem. No 4º dia de Ertapenem foi contactado o Serviço de Internamento pelo Departamento de Microbiologia revelando positividade para Leptospira, enquadrando-se o caso clínico numa Síndrome de Weil ou Leptospirose Ictero-Hemorrágica complicada por Pneumonia nosocomial a Klebsiella pneumoniae ESBL. Evolução subsequente favorável, com resolução do quadro e alta do doente. Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica de agentes raramente associados a quadros de

choque séptico, interpelada por infecção nosocomial que dificultaria a marcha diagnóstica habitual. Exemplifica ainda uma manifestação grave de infecção a leptospira, tornando-se relevante para revisão teórica.

PO-04-79

PREVALÊNCIA PONTUAL DE ANTIBIÓTICOS E ASSOCIAÇÃO À FUNCIONALIDADE

Rosa Ferreira, Fátima Leal-Seabra, Gonçalo Sarmento, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Introdução: O internamento em Medicina Interna caracteriza-se por doentes pluripatológicos e idosos com baixa funcionalidade. A emergência de resistências exige a correta adequação antibiótica. Objetivo: Identificar a utilização de antibióticos e grau de dependência nos doentes internados. Material e Métodos: Estudo de prevalência pontual dos doentes internados nas enfermarias gerais dum Serviço de Medicina Interna com variáveis demográficas, antibióticos e diagnósticos. A dependência foi avaliada pela escala de Rankin modificada. Realizada dicotomização das variáveis para comparação com teste qui-quadrado ($p< 0,05$), através de SPSS 20®. Resultados: Foram incluídos 126 doentes, a maioria mulheres (54%) e com média de idades de 74,7 anos. As causas infeciosas foram o motivo de internamento em 54% e 71% dos doentes encontrava-se sob antibioterapia. Dos antibióticos prescritos, 95% eram beta-lactâmicos, 17% quinolonas, 10% carbapenemes e 10% aminoglicosídeos. Os beta-lactâmicos mais utilizados foram a piperacilina-tazobactam (37%), amoxicilina-ácido clavulâmico (30%) e ceftriaxone (20%). Salienta-se uso vancomicina em dez casos e linezolido em dois. A monoterapia foi usada em 59% dos casos, antibioterapia dupla em 19% e tripla em 23% dos doentes. Não existiu associação entre a presença de infeção e Rankin ($p=0,83$) ou o Idoso ($p=0,23$). Também não foi verificada associação entre antibioterapia e Rankin ($p=0,94$) ou o idoso ($p=0,42$). Contudo, existiu maior uso de carbapenemes (n=8), aminoglicosídeos (n=7) e vancomicina (n=9) assim como maior prevalência de associações antibióticas nos doentes com mRankin≥3. Conclusão: Neste estudo, conclui-se que a infeção e uso de antibioterapia foram independentes para a dependência e idoso. No entanto, os autores pretendem alertar para o uso indiscriminado de antibioterapia de largo espectro. Assim, a futilidade terapêutica, o custo-efetividade e implicações sanitárias na emergência de agentes multirresistentes devem ser consideradas.

PO-04-80

ESPONDILODISCITE A MRSA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL

Elisabete Bento Guerreiro1, Fábio Cota-Medeiros2, Alexandra Zagalo2, Luís Caldeira2
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - 1.SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2.SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A espondilodiscite é uma infecção piogénica da coluna vertebral e condiciona elevada morbimortalidade. É a principal manifestação de osteomielite hematogénea em doentes idosos, sendo o Staphylococcus aureus o agente mais frequentemente isolado. Os autores descrevem o caso de um doente de 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2 com doença cerebrovascular, nefropatia diabética e doença vascular periférica grave, internado no Serviço de Doenças Infecciosas com o diagnóstico de espondilodiscite nosocomial. O doente tinha sido submetido previamente a desarticulação de dedos dos pés complicada por infecção do coto cirúrgico a MSSA e Pseudomonas aeruginosa (resistente a carbapenemos), com reinternamento posterior por infecção da loca cirúrgica por MRSA. 5 dias após alta apresenta quadro de agravamento de lombalgia bilateral acompanhada de diminuição do débito urinário, febre e sudorese profusa. À admissão apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios de fase aguda e agravamento da função renal, com urina 2 e ecografia renal sem alterações de relevo. Foi isolado em hemoculturas MRSA e perante o quadro de dor lombar e bacteriémia realizou RMN coluna lombar que evidenciou espondilodiscite L2-L3 com abcesso do músculo psoas esquerdo. Foi excluida endocardite infecciosa com ecocardiograma transesofágico, e não houve evidência de outras focalizações sépticas. Foi submetido por Ortopedia a fixação lombar posterior via percutânea, cumpriu terapêutica com vancomicina e daptomicina no total de 3 meses e iniciou reabilitação física, evidenciando franca melhoria do quadro. O caso apresentado traduz a maior susceptibilidade de doentes com várias comorbilidades a desenvolverem infecções graves e raras como a espondilodiscite. Este diagnóstico deverá ser equacionado em doentes com internamentos prolongados e manipulações várias. Destaca-se também a infecção do osso por microrganismos típicos mas com susceptibilidade antimicrobiana alterada.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — LCD #5

PO-05-01

EMBRULHADA DE BRUGADA

Cátia Pereira, Helena Nascimento, Sílvia Oliveira, Paula Dias, Vítor Araújo, M. Júlia Maciel
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA & UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O síndrome de Brugada é uma canalopatia cardíaca congénita, de transmissão familiar frequente, que associa um padrão eletrocardiográfico caraterístico a uma predisposição para arritmias ventriculares e morte súbita em indivíduos com coração estruturalmente normal. A abordagem clínica perante um padrão de Brugada tipo 1 isolado ainda é alvo de controvérsia. Apresenta-se o caso de uma mulher de 47 anos, fumadora, com doença hepática crónica em estudo e patologia depressiva. A realçar história familiar de síncopes de repetição (mãe e irmã). Por persistência de síncopes de repetição com anos de evolução (uma delas enquanto conduzia, ocasionando um acidente de viação) realizou Holter pedido por médica de família. O registo detetou alterações de repolarização sugestivas de padrão de Brugada, tendo sido referenciada ao serviço de urgência. À avaliação, negava sintomatologia e apresentava um exame fisico normal. Analiticamente, apresentava citocolestase hepática ligeira, sem outras alterações, nomeadamente hidroeletrolíticas. No eletrocardiograma foi aparente padrão de Brugada tipo 1. Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou função ventricular esquerda globalmente conservada, sem alterações. Após discussão do caso, perante uma doente com história pessoal e familiar de síncope (com uma delas a motivar um acidente de viação) e padrão de Brugada tipo 1 espontâneo, foi proposta implantação de cardiodesfibrilhador implantável (CDI). Depois de terem sido explicados os seus riscos e benefícios, a doente recusou a colocação de CDI, tendo alta contra parecer médico. Contudo, após nova reflexão, esta reconsiderou a sua posição e decidiu pela implantação do mesmo que decorreu sem intercorrências. Este caso alerta para uma condição nem sempre fácil de diagnosticar e de orientar, cuja proposta atual para prevenção da morte súbita acarreta um grande impacto na vida do doente, cuja decisão livre e esclarecida deve ser respeitada.

PO-05-02

A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO CORAÇÃO-CÉREBRO: CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO INVERTIDO ASSOCIADO A SURTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Eduardo Vilela, Sofia Figueiredo, Marisa Silva, Tiago Dias, Domingas Mbala, João Almeida, Joaquim Pinheiro, Marlene Fonseca, Olga Sousa, Adelaide Dias, Daniel Caeiro, João Primo, Vasco Gama
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA / SERVIÇO DE NEUROLOGIA, CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO EPE

A cardiomiopatia de Takotsubo (CT) caracteriza-se por disfunção súbita de função ventricular, frequentemente associada a stress físico ou emocional, tendo apresentação similar a um síndrome coronário agudo. Apresenta-se caso de doente de sexo feminino, 52 anos. Antecedentes de esclerose múltipla (EM) tipo surto-remissão sob Interferão. Recorrera ao Serviço de Urgência por quadro de vómitos associados a mal-estar generalizado, lipotimia e fadiga marcadas. À admissão sintomática, hemodinâmicamente estável, destacando-se diplopia associada a defeito da abdução do olho direito de novo. O eletrocardiograma apresentava depressão horizontal de segmento ST em V3-5 e DII. Analiticamente destacava-se elevação de troponina T de alta sensibilidade (0,512ng/mL). O ecocardiograma revelava acinésia de segmentos médios e

basais do ventrículo esquerdo (VE), hipercinésia do ápex e segmentos apicais, depressão moderada a grave da função sistólica VE. Cateterismo excluiu doença coronária, sendo admitido quadro de CT. Ressonância magnética (RM) cardíaca evidenciou alterações da contractilidade compatíveis com CT. Dada suspeita de surto de EM como fator precipitante, realizada RM do neuro-eixo que revelou lesão bulbar compatível com atividade inflamatória. Não realizada corticoterapia dado risco de sobrecarga volémica. Evolução favorável com terapêutica de suporte, subsequentemente retomando terapêutica de base. À data de alta assintomática de foro cardiovascular (CV), sem alterações ao exame neurológico, com melhora da função VE. A ocorrência de CT no contexto de surto de EM é um achado raro. A teoria mais aceite para a CT assenta na descarga catecolaminérgica estando a base fisiopatológica para alterações de cinética na dependência da distribuição, densidade e sensibilidade de diferentes adrenorrecetores. Este caso ilustra a importância da interação entre o sistema nervoso simpático e a função CV, expressa sob a forma de uma manifestação extrema como a CT.

PO-05-03

UM CASO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Ana Gonçalves Ferreira, Sara Almeida Ramalho, Maria Filomena Cardosa, Pedro Correia Azevedo, João Namora
HOSPITAL GARCIA DE ORTA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem, 67 anos. Veio à urgência por mal-estar geral, anorexia, astenia, adinamia e perda ponderal não quantificada. Antecedentes: hipertensão arterial (HTA) desde os 30 anos, medicada com losartan, com cumprimento irregular; paludismo; tabagismo; hábitos alcoólicos moderados. Pai e irmão falecidos por doença oncológica. À observação: emagrecido (52,3kg; 1,62m), tensão arterial (TA) 136/70mmHg, descorado, com sopro sistólico II/VI na base, com irradiação à axila esquerda. Sem outras alterações. Analíticamente: anemia normocítica e normocrómica (Hb 8,9g/dL), Creatinina 1,7mg/dL; Ureia 90mg/dL, bilirrubina indirecta 1,6mg/dL e LDH 780UI/L. Endoscopia digestiva alta: hiperemia da mucosa do corpo e antro gástricos, com vestígios de sangue escuro no antro e micropólipos na face anterior do bulbo duodenal com erosões. Colonoscopia interrompida por intolerância, sem lesões detectadas até ao transverso. Sem elevação de marcadores tumorais. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica: sem evidência de neoplasia maligna. Coartação da aorta (CA) imediatamente distal à origem da subclávia esquerda, sem lúmen patente. Extensa colateralidade arterial mediastínica e da parede torácica. Fez-se revisão anamnésica: desenvolvimento estaturo-ponderal adequado; praticou desporto e cumpriu serviço militar obrigatório sem complicações. Apesar de diagnóstico de HTA em idade jovem, não foi investigada etiologia. Feita avaliação diferencial da TA: membro superior direito 167/73mmHg; membro superior esquerdo 160/64mmHg; membro inferior direito 86/56mmHg; membro inferior esquerdo 83/59mmHg. Objectivou-se pulsatilidade infra-costal dorsal, com sopros vasculares sobrejacentes, bem como nos espaços intercostais anteriores. Apesar de não se ter concluído o estudo de pesquisa de neoplasia oculta, o doente exigiu alta. Pretende-se destacar a importância da investigação de causas secundárias de HTA no doente jovem e a raridade do diagnóstico tardio da CA sem ocorrência de complicações major.

PO-05-04

NEURITE ÓPTICA ISQUÉMICA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Sílvia Nunes, Marta Gonçalves, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - MEDICINA INTERNA

Mulher com 40 anos, com antecedentes de doença renal enviada do Serviço de Hemodiálise para o Serviço de Urgência (SU) por hemianópsia inferior à esquerda, associada a parestesias e sensação de "choques eléctricos" à flexão do pescoço. Observada por Oftalmologia que documentou edema da papila na fundoscopia. Tomografia computorizada cerebral evidenciou hipodensidades subcorticais frontais e parietais. Ficou internada para esclarecimento do quadro. Hipótese diagnóstica inicial de doença desmielinizante não favorecida por ressonância magnética nuclear crânio encefálica (RMN CE). Pesquisa de bandas oligoclonais no líquido cefalorraquidiano (LCR) e potenciais evocados sem alterações. Foram solicitadas serologias plasmáticas, que apresentaram IgM de Borrelia indeterminada, restantes sem alterações. A pesquisa de anticorpos para borrelia no LCR, foi negativa. Foram ainda consideradas outras etiologias como vascular e inflamatória. No entanto, auto-imunidade negativa e cintigrafia com gálio negativa para neurosarcoidose. Durante o internamento manteve-se sintomática com perda progressiva da visão no olho esquerdo e flutuação dos défices, com relação temporal com a realização da diálise. Apresentou persistentemente hipotensão sustentada (Pressão Arterial Sistólica 40 mmHg, Pressão arterial diastólica 20 mmHg), com agravamento durante o período de diálise. Dado este quadro de oscilação dos défices repetiu RMN CE que mostrou estabilidade no número de lesões. Após discussão do caso, concluiu-se que a natureza das lesões seria isquémica, em provável relação com hipotensões decorrentes da técnica dialítica. Teve alta com diagnóstico de neurite óptica isquémica, amaurótica à esquerda, com reversão da restante clínica, contactado centro de hemodiálise para ajuste de volume dialisado, orientada para consulta de Medicina Interna.

PO-05-05

CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA

Vanessa Ventura Vieira, Leonor Monjardino, Rute Couto, Jácome Armas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Na cardiomiopatia restritiva há disfunção diastólica acentuada com função sistólica preservada. Esta patologia é rara e a causa mais frequente é a Amiloidose. Existem vários subtipos a ser diagnosticados correctamente, pois exigem diferentes terapêuticas. Os autores apresentam um caso de Amiloidose Sistémica com interesse científico pela raridade e dificuldade em estabelecer o diagnóstico. Métodos: Revisão bibliográfica e de caso. Resultado: Homem, 58 anos, com Hipertensão Arterial, inicia quadro com agravamento progressivo de dispneia,aumento do volume abdominal e edemas periféricos. Ecocardiograma: derrame pericárdico ligeiro, hipertrofia concêntrica grave do ventrículo esquerdo e disfunção diastólica global.
Analiticamente:Hb10.8g/dL;Plaquetas114*10^3/u,Creatinina1.6mg/dL,Ureia56mg /dL,Ácido Úrico10.3mg/dL,NTProBNP7706pg/mL,β2microglobulina5.88 ng/mL,Cadeias Lambda Livres5.02 g/l,IgG1716mg/dL,
Imunofixação(soro):padrão monoclonal IgG e Lambda, Proteinúria0.536g/24 h,Imunofixação(urina):padrão oligoclonal Lambda,Urina:proteína de Bence Jones positiva e presença de cadeias livres lambda. Biópsias da mucosa rectal, tecido celular subcutâneo, óssea, hepática e endomiocárdica negativas para amiloidose pelo Vermelho de Congo. Medulograma<10%plasmócitos. Ecografia Abdominal: hepatoesplenomegália homogénea. Ascite de moderado volume; sinais de hipertensão portal. RM cardíaca: hipertrofia ventricular esquerda concêntrica; Dilatação de todas as cavidades cardíacas. Derrame Pericárdico moderado. Aspetos sugestivos de infiltração amilóide difusa. Ao 18ª mês após início de sintomas, é submetido a Pericardiotomia, por pré-tamponamento cardíaco e derrame pericárdico. Foram colhidos fragmentos do ventrículo direito que foram positivos para Amiloidose usando Tioflavina T. O doente faleceu 2 meses depois por Pneumonia Nosocomial. Conclusão: Na Amiloidose, o papel da Anatomia Patológica é muito importante, de forma a estabelecer um diagnóstico e tratamento atempados.

PO-05-08

EXAMES COMPLEMENTARES E ACUIDADE DIAGNÓSTICA: A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA.

João Pinto, Vera Silveira, Teresa Padrão, Susana Franco, Maria Serpa, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Catarina Gouveia, Olga Pereira, Cláudia Meireles
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

RESUMO: Homem de 67 anos vem à urgência por febre com 1 dia de evolução após duplo cateterismo com tentativa de angioplastia noutro hospital. No serviço de urgência destacava-se ao exame objetivo sopro sistólico de novo, temperatura de 39,2ºC, lesões de Osler na mão direita e ambos os pés. Sem

aparente foco infecioso pulmonar, urinário ou abdominal. Foi realizado ecocardiograma transtorácico e transesofágico, ambos sem evidência de vegetações mas com regurgitação tricúspide moderada. Foi iniciada antibioterapia empírica com Vancomicina e Gentamicina por presumível endocardite (1 critério major + 4 minor de DUKE). Ao 3º dia de internamento com isolamento de Pseudomonas aeroginosa em hemocultura pelo que foi escalada antibioterapia para ciprofloxacina segundo TSA, com melhoria clínica e analítica. Após nova recorrência de febre e de nódulos de Osler, foi alterada antibioterapia para Meropenem, tendo cumprido 35 dias de terapêutica, mantendo-se apirético, sem aumento dos parâmetros inflamatórios e com diminuição da intensidade de sopro sistólico à auscultação cardíaca. DISCUSSÃO: No doente em questão, com febre após manipulação invasiva sem outro foco infecioso aparente, é necessário ter em conta que não é obrigatório haver vegetações visíveis no ecocardiograma para estarmos perante uma endocardite. A sensibilidade para a detecção de endocardite em ecocardiograma transtorácico é de 29 a 63%, sendo cerca de 92 a 94% em ecocardiograma transesofágico, ou seja, inferior a 100%. Vegetações de pequenas dimensões podem passar despercebidas neste exame. A confirmação imagiológica de vegetações ou o resultado das hemoculturas não deve adiar o início de antibioterapia empírica no caso de uma forte suspeita clínica. Existem critérios estabelecidos para o diagnóstico de endocardite infecciosa (Critérios de DUKE), que devem ser revistos em todos os doentes com este diagnóstico diferencial. (Sem possibilidade de anexar aqui as imagens dos nódulos de Osler)

PO-05-09

HANGING BY A THREAD: A DECISIVE DIAGNOSIS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

João Adriano Sousa, Joel Monteiro, Micaela Neto, André Correia, Ricardo Rodrigues, Bruno Silva, Luz Brazão, Décio Pereira
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SESARAM EPE, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

BACKGROUND: Initially described by William Osler in 1885, Infective Endocarditis (IE) still poses a diagnostic challenge, mainly due to its multiple and often subtle presentations. We report the case of a potentially life-threatening blood culture-negative infective endocarditis (BCNIE), whose elevated risk of systemic embolism motivated a prompt surgical intervention after a demanding and difficult diagnostic and managing process. CASE REPORT: A 56-year-old man with multiple cardiovascular risk factors who had been previously hospitalized for pneumonia, presented to our emergency department 2 weeks after being discharged, complaining of asthenia and increasing small-effort dyspnea, since the day he left the hospital. Physical examination revealed an aortic protodiastolic murmur and a mitral holossystolic murmur, unexistent on previous evaluations. His blood tests revealed a normochromic normocytic anemia (Hb 11.8 g/dL), high sedimentation rate (78mm) and high C-reactive protein (77.72 mg/L). After excluding common sites of infection, IE was considered and a transthoracic echocardiogram was then performed revealing an aortic valve vegetation of about 23x8mm conditioning severe regurgitation. The patient was then admitted to our department for therapeutic management, initiating a triple combination antibiotic therapy. Following the latest ESC guidelines, a transoesophageal echocardiography was done, revealing a vegetation prone to embolization if it weren't for a very thin filament, that connected it to the aortic valve. The patient was then submitted to an aortic valve replacement and mitral valve repair. Blood cultures were all negative. DISCUSSION: BCNIE can occur in up to 31% of cases of IE and pose a serious challenge with the sensitivity of the Duke criteria remaining limited and transoesophageal echocardiography being usually relevant for diagnostic confirmation. Prompt surgical intervention may sometimes be life-saving as depicted in this case.

PO-05-10

PRIORITIES FOR CARDIAC SURGERY IN RHEUMATIC VALVULAR DISEASE

Ana Pais, José Marçalo, Sara Casanova, André Pereira, Luis Menezes Falcão
HOSPITAL DE SANTA MARIA- MEDICINA 1D

Black man, 48 years old, from Guinea-Bissau, with weight loss, weakness and tiredness for small efforts and symmetric leg edemas, more prominent in the last 8 months. No known history of streptococcal infection or rheumatic fever in the past. He was sent to our hospital for evaluation. He was admitted to our ward on December 2015, with breathlessness, productive cough and fever. On physical examination, with low blood pressure (70/40mmHg), a mid-systolic ejection murmur grade III/VI, and wet crackles on the right lung. On blood tests, an increased WBC count with 82.8% neutrophils, an increased CRP (23.2 mg/dl), and an elevation of NTproBNP (46.350pg/ml). The ECG was in sinus rhythm, with signs of left ventricular hypertrophy. The chest Xray showed a consolidation on the middle lobe of the right lung. The transthoracic echocardiogram showed severe calcified aortic valve stenosis with moderate regurgitation, severe calcified mitral valve stenosis,and moderate tricuspide valve regurgitation, left ventricular hypertrophy with globally decreased ejection fraction (44%), biatrial dilatation, and severe pulmonary hypertension (PAP 81mmHg). With the diagnosis of a community acquired pneumonia and heart failure (NYHA III/IV) associated with rheumatic valvular disease, the patient initiated empirical antibiotherapy with ceftriaxone, and heart failure pharmacologic treatment, according to the ESC guidelines. Full resolution of the pulmonary infection was obtained. The patient was proposed for an open heart surgery with bioprosthetic replacement of aortic and mitral valve, and repair of tricuspid valve (annuloplasty). In the immediate post-operative phase, the patient was submitted to IABP and ECMO-VA. On the 30rd day of hospitalization, the patient was stable, and was released to the regular surgical ward. He was discharged a few days later, and will be in a convalescent period at home.

PO-05-11

ENCERRAMENTO DO APÊNDICE AURICULAR ESQUERDO EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR E CONTRAINDICAÇÃO PARA ANTICOAGULAÇÃO ORAL

Andrea Castanheira, Inês Carrilho de Oliveira, Cátia Raquel Loureiro, Dora Lameiras Xete, Manuela Zita Veiga, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA I

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais comum, associando-se a um risco 5 vezes superior de acidente vascular cerebral (AVC). O apêndice auricular esquerdo (AAE) é o local mais frequente de formação de trombos intracardíacos na FA, em particular na não valvular (90% versus 57% na FA valvular) e se AVC isquémico prévio. A anticoagulação oral (ACO) é a terapêutica de primeira linha na prevenção do tromboembolismo na FA, constituindo o encerramento do AAE uma alternativa. Homem, 89 anos, autónomo, com história de dislipidemia e neoplasia prostática (cirurgia e radioterapia há 10 anos). Admitido por hemianopsia homónima direita e cefaleia, com 48 horas de evolução. Eletrocardiograma em FA. TC-CE a revelar enfarte isquémico recente no território da artéria cerebral posterior esquerda (ACPE) (cortico-subcortical temporal mesial e occipital). Assumido AVC isquémico do território da ACPE de provável etiologia cardioembólica, tendo iniciado anticoagulação com enoxaparina. Durante o internamento em Medicina registo de 2 episódios de hematúria macroscópica em contexto de anticoagulação, com enoxaparina e depois varfarina. Realizou ecografia renal e vesical e uretrocistoscopia que identificou telangiectasias na mucosa vesical compatíveis com cistite rádica. Referenciado à Cardiologia para encerramento percutâneo do AAE, que decorreu sem intercorrências. Com indicação para dupla antiagregação plaquetária durante 6 meses. Boa evolução pós-procedimento, sem eventos cerebrovasculares, mas com episódios diários de retorragias, pelo que o doente suspendeu clopidogrel por iniciativa própria. Ecocardiograma transesofágico revelou dispositivo bem posicionado, sem imagens de trombos. Mantém seguimento, sob antiagregação com ácido acetilsalicílico, sem novos eventos tromboembólicos ou hemorrágicos. Este caso ilustra o uso bem sucedido do

encerramento do AAE num doente com FA (score CHA2DS2-VASc 4), mas com contraindicação para ACO por cistite rádica hemorrágica.

PO-05-12

CAUSA RARA PARA DOR NO MEMBRO SUPERIOR

Santos Adriana, Murinello António, Damásio Helena, Serrano Ana, Gonçalves Rita, Guedes Pedro, Agudo Isa
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.1.

A Trombose Venosa das extremidades superiores corresponde a cerca de 1-4% de todos os casos de trombose venosa profunda (TVP), sendo a trombose venosa de esforço (síndrome de Paget-Schroetter) responsável por 30-40% dos casos de trombose das veias axilar-subclávia. As causas mais comuns de trombose das veias axilar-subclávia são: cateteres, pacemakers, doença maligna ou estados trombofílicos. Cerca de 10% complicam-se com a ocorrência de embolia pulmonar. Descreve-se o caso de um homem de 34 anos com história de espondilartropatia cervical que se apresenta com quadro de dois dias de evolução de dor, edema, rubor e sensação de peso no membro superior direito (MSD), com importante incapacidade funcional. À observação objetivou-se aumento do diâmetro do MSD, com circulação venosa colateral aumentada, dor com a abdução do membro e diminuição da sensibilidade ipsilateral. Em eco-doppler venoso não houve evidência de trombo, sendo através de tomografia contrastada confirmada a presença de trombo a nível da subclávia direita e veia jugular direita (tronco bráquio-cefálico), sem evidência de embolia pulmonar. Realizou-se estudo de autoimunidade, trombofilias, malignidade e serologias virais que se revelou negativo. No eco-doppler dos membros inferiores não houve evidência de trombos. Ao estudar as relações anatómicas costo-claviculares foi evidenciada ligeira alteração anatómica do desfiladeiro costo-clavicular ipsilateral. Com o início de terapêutica anticoagulante, melhoria progressiva da sintomatologia inicial e posterior permeabilização do vaso. Trata-se de um caso que relata uma localização rara de TVP focando a necessidade de um exame objectivo cuidado e necessidade de colocação de diagnósticos diferenciais em casos de dor dos membros, não os limitando apenas às causas músculo-esqueléticas. Neste caso, alterações anatómicas e uso excessivo associado com a ocupação do doente foram os causadores. O diagnóstico é importante pelas complicações potencialmente graves.

PO-05-13

SÍNDROME HEMANGIOMATOSO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA – ENTIDADE RARA OU SÍNDROME DE STURGE WEBER INCOMPLETO?

Maria João Serpa, Sofia Duque, Carla Noronha, Francisco Araújo, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Introdução As malformações vasculares (MV) e síndromes hemangiomatosos (SH) são frequentemente identificados devido à localização cutânea ou subcutânea das alterações vasculares ou como um achado imagiológico.A possível associação a lesões viscerais e do sistema nervoso central (SNC), com risco de hemorragia,justifica a avaliação imagiológica global. Caso Clínico Homem,50 anos,com história de artrite reumatóide diagnosticada aos 38 anos,atualmente assintomática,e excisão de angioma do lábio superior aos 5 anos.História familiar de hemangioma congénito do couro cabeludo(filho). Avaliado no Serviço de Urgência por instalação súbita de edema palpebral e aumento do volume do pescoço,acompanhado de eritema cutâneo nestas regiões;resolução espontânea em 48 horas.Dois meses depois episódio súbito de edema da hemiface e gónion esquerdos,e mento.Nos últimos 2 anos hiperémia conjuntival recorrente.Referenciado a Consulta de Medicina Interna destacando-se coloração violácea palpebral,hipertrofia amigdalina com hiperémia exuberante e de toda a mucosa jugal,tumefação parotídea bilateral,pescoço de base alargada, tumefação das fossas supraclaviculares,varicosidade exuberantes dos membros inferiores.Avaliação oftalmológica foi normal. A ecografia cervical, complementada por TC e RM cervical e facial,mostrou múltiplos hemangiomas,a maioria com implantação no tecido subcutâneo,em topografia submandibular direita,intraparotídeas,sublabial esquerda,na hemiface direita, na transição cervicodorsal,nos músculos espinhais posteriores esquerdos,e supraclavicular.No estudo imagiológico do corpo e SNC documentaram-se MV da cadeia mamária interna e ectasia angiomatosa na loca tímica,sendo excluídas MV cerebrais.Ecocardiograma transtorácico, para exclusão de malformações,não foi realizado por falta de comparência do doente. Conclusão A localização dos hemangiomas neste doente não corresponde a nenhum dos SH descritos na literatura, podendo esta apresentação ser uma forma mais rara.

PO-05-14

ANEMIA HEMOLÍTICA CAUSADA POR PRÓTESE MITRAL DISFUNCIONANTE

Teresa Ferreira, Pedro Azevedo, Catarina Mendonça, Salomé Pereira, Carlos Santos, Ilídio Jesus, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - UNIDADE DE PORTIMÃO

Os autores descrevem o caso de uma doente de 75 anos de idade, seguida na consulta de Cardiologia desde 2000 após internamento hospitalar por insuficiência cardíaca congestiva, fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida e estenose mitral. Submetida a cateterismo cardíaco que mostrou doença coronária de 1 vaso (artéria descendente anterior média com estenose de 70%). Em Janeiro de 2001, a doente foi intervencionada para substituição valvular aórtica e mitral com colocação de próteses mecânicas e Bypass Aorto-coronário. Em Março de 2011, estava em classe I NYHA e referia sentir palpitações com 2 semanas de evolução. Fez ECG que mostrava BCRD com desvio esquerdo do eixo. Desde essa altura, a doente tem tido queixas de cansaço analitivamente hemoglobina de 7g/dL. Foi estudada na consulta de Medicina Interna. Do estudo salienta-se hemoglobina de 6,0g/L, Hematócrito 0.19 L/L Volume globular médio 98.2 fL e RDW 42.9 % presença de esquisócitos no esfregaço sanguineo, Ferro 167ug/dL, ferritina 661 ng/mL, transferrina 205mg/dL. Acido fólico 9,5, TSH 7,71, Bilirrubinas total 2,3 mg/dL e directa de 0,7mg/dL. Auto-imunidade sem alterações. A ecografia renal salientava rins de topografia normal e presença de volumosa formação quística medindo cerca de 71x31 mm de parede imperceptível e conteúdo anecogénico, provavelmente em relação com quisto anexial. A ecografia abdominal mostrava no interior da vesícula 3 pequenos cálculos maior 6mm sem espessamento parietal difuso, nem líquido peri-vesicular. A TC-abdominal não apresentava alterações. O ecocardiograma mostrava prótese mecânica em posição mitral com leaks perivalvulares e insuficiência central que condicionam insuficiência de grau moderado e prótese valvular mecânica em posição aórtica normofuncionante. Pelo que se conclui anemia hemolitica cronica intravascular não imune em que a causa mais provável seria prótese mitral disfuncionante.

PO-05-15

CASUÍSTICA DE UMA POPULAÇÃO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Joana A. Duarte, Renata Ribeiro, Célia Henriques
SERVIÇO DE MEDICINA IV, HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) descompensada é um dos motivos de internamento hospitalar mais comum em doentes com idade superior a 65 anos. Objectivo: Caracterizar os doentes com IC internados numa enfermaria de Medicina Interna em relação à presença de anemia, ferropénia e alterações da função tiroideia. Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes internados com IC num período de 6 meses através da consulta do processo clínico informatizado. Resultados: Foram analisados 85 doentes, idade média de 78 anos, predominância do sexo feminino (55%). A etiologia mais comum da IC é a isquémica (37%), seguida da hipertensiva (30%). A IC diastólica foi mais frequente (72%). Os fármacos de ambulatório mais frequentemente prescritos são os diuréticos de ansa (33%), os inibidores do eixo renina-angiotensina (23%) e beta-bloqueantes (22%). O tempo médio de internamento foi de 17 dias, com 30 dos doentes com necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intermédios. Dos 85 doentes, 69 (81%) apresentaram descompensação da sua IC, sendo as causas mais comuns a infecciosa (38%), arritmia (19%), progressão

da doença de base (9%), síndrome coronário agudo (6%), incumprimento terapêutico (5%), anemia (5%) e embolia pulmonar (1%). Apresentam anemia 74% dos doentes com um valor médio de hemoglobina de 10,9g/dL. Dos que têm IC descompensada, 49 apresentam anemia e 43 ferropénia. Dos que têm ferropénia funcional (72%), 8 não têm anemia e 10 realizaram terapêutica marcial. Quarenta e seis dos doentes (54%) desenvolveram síndrome cardio-renal (SCR), sendo o tipo 2 o mais frequente. Cinco doentes apresentam hipotiroidismo subclínico, 8 hipotiroidismo clínico e 5 hipertiroidismo subclínico. Conclusão: A presença de ferropénia é um factor de mau prognóstico em doentes com IC descompensada e a sua gravidade é independente da presença de anemia. Quanto às alterações subclínicas da função tiroideia, o seu papel no prognóstico é ainda controverso.

PO-05-16

SINDROME METABÓLICO: A PREVALÊNCIA ESCONDIDA

Armindo Sousa Ribeiro, António Caetano
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

A síndrome metabólica é reconhecido pelo conjunto de fatores de risco cardiovasculares que incluem hiperglicemia (glicose em jejum › 100mg/dl), hipertensão arterial (TAS≥130 mmHg e TAD≥85 mmHg), aumento dos triglicéridos (≥150 mg/dl), diminuição dos níveis da HDL (‹40 mg/dl) e obesidade central (perímetro da cintura ≥102cm nos homens e ≥88cm nas mulheres). Objetivos: Este trabalho tem como objetivos a determinação da prevalência dos fatores de risco cardiovasculares e a prevalência da síndrome metabólico consoante os critérios do ATP III, nos pacientes que frequentaram a consulta de medicina interna entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 Material e Métodos Realizou-se um estudo retrospetivo, transversal, com uma amostra de 216 pacientes com idade superior a 18 anos e inferior a 55 anos, que foram observados na consulta de medicina interna, no período compreendido entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 Foram analisados os seguintes dados: idade, sexo, antecedentes familiares de doença cardiovascular, antecedentes pessoais de HTA, diabetes mellitus, dislipidemia, hiperuricemia, doenças cardiovasculares angina de peito, enfarte agudo do miocárdio, revascularização coronária, AIT, AVC insuficiência vascular periférica), tabagismo, atividade física, consumo de álcool, peso, altura, perímetro da cintura, perímetro abdominal, índice massa corporal, a pressão arterial, glicemia, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, ureia, creatinina, microalbuminuria. Estes estudo revelou uma elevada taxa de prevalência de fatores de risco cardiovasculares numa faixa etária ativa em que a ocorrência de doença cardiovascular poderá ter forte impacto na vida social, pessoal e económica da sociedade. A prevenção dos fatores de risco cardiovasculares deverá ser uma prioridade no nosso dia a dia.

PO-05-17

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE BÓCIO MULTINODULAR TÓXICO

Verónica Botelho Guiomar, Maria João Rodrigues Ferreira Pinto, José Abílio Vilas Boas Ribeiro
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Objetivos: O hipertiroidismo é uma causa rara de insuficiência cardíaca congestiva, contudo, sendo uma causa potencialmente reversível, deve ser excluída sempre que haja um diagnóstico de insuficiência cardíaca de novo ou exacerbações frequentes sem aparente fator precipitante. Métodos: estudo retrospetivo de um caso clínico. Resultado: Homem, 83 anos de idade, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 com nefropatia, hipertensão arterial, hipertiroidismo subclínico e fibrilhação auricular. Ex-trabalhador fabril (metalúrgico) com doença pulmonar crónica não estratificada. Múltiplas vindas ao serviço de urgência por dispneia agravada, com ortopneia e dispneia paroxística noturna e peptídeo natriurético cerebral (BNP) superior a 200 pg/mL. Ecocardiograma inicial compatível com insuficiência cardíaca com função preservada. Ao longo de um ano, seis internamentos por insuficiência cardíaca congestiva, a maioria dos quais sem fator precipitante esclarecido. Repetiu ecocardiograma passados 6 meses que demonstrou disfunção ventricular esquerda moderada a grave de novo e função sistólica do ventrículo direito no limite inferior do normal. Realizado novo estudo da função tiroideia e ecografia cervical, com achados compatíveis com bócio multinodular. Realizada punção aspirativa de nódulo, com o doente eutiroideu sob metamizol, com histologia compatível com tumor folicular. Submetido a tiroidectomia total, com estudo anatomopatológico final compatível com bócio multinodular tóxico. Doente com melhoria clinica e sem internamentos por insuficiência cardíaca descompensada no período de seguimento decorrido até agora (seis meses). Conclusões: Além de contribuir para taquiarritmias e fenómenos tromboembólicos, o hipertiroidismo pode causar insuficiência cardíaca congestiva. Os sintomas e a disfunção cardíaca tendem a melhorar após o restabelecimento do estado eutiroideu. Contudo, o tempo de recuperação é variável e cerca de um terço dos doentes permanece com cardiomiopatia dilatada.

PO-05-18

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Sara Castelo Branco, Catarina Pires, Tiago Pack, Catarina Cardoso, Teresa Garcia, Patrícia Cachado
HOSPITAL SANTA MARTA - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 4

O hematoma intramural da aorta é uma entidade clínica recentemente descrita; representa um síndrome aórtico agudo caracterizado pela ocorrência de hemorragia a nível da camada média da parede da aorta, sem evidência de rutura ou flap da intíma. A abordagem terapêutica é ainda controversa devido à variabilidade da evolução clínica. Os autores apresentam o caso de um homem de 73 anos, com história pregressa de hipertensão arterial, acidente vascular isquémico antigo e síndrome mielodisplásico. O doente foi admitido no SU a 23/03/15 por quadro de paraplegia súbita, ao acordar, sem traumatismo associado. Concomitantemente dor cervical anterior com irradiação descendente até ao abdómen. À observação apresentava paraplegia hipotónica, com hiporreflexia e hipostesia infra-umbilical. Estudo analítico, TC-CE, TC da coluna cervical e lombar sem alterações significativas. Angio-TC-tórax: importante trombose mural do segmento descendente torácico e abdominal e dissecção aórtica do segmento ascendente (tipo A de Stanford). Foi contactada Cirurgia Cardio-Torácica, que optou por terapêutica conservadora (inicial), por apresentar evolução > 24 h. Esteve sob monitorização invasiva em Unidade de Cuidados Intensivos, com controlo álgico e do perfil tensional. Como complicação salienta-se lesão renal aguda oligúrica transitória. O doente foi submetido a 28/04 a intervenção cirúrgica com implantação de conduto da aorta ascendente com exclusão da porta de entrada, sem intercorrências. Apesar do internamento prolongado com apoio da Medicina Física e Reabilitação, não se verificou melhoria dos défices neurológicos, tendo alta para Unidade de Cuidados Continuados. O presente caso descreve uma apresentação clínica atípica relacionada com o síndrome aórtico agudo (hematoma intramural), cuja evolução clínica ainda não está bem compreendida, reforçando a importância do seu reconhecimento clínico e diagnóstico precoce, a fim de diminuir a morbimortalidade e melhorar o prognóstico funcional.

PO-05-19

O POTENCIAL VALOR DA PRESSÃO ARTERIAL CENTRAL, E SEUS DETERMINANTES, NO CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Beatriz Oliveira Lopes
FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERIDADE DA BEIRA INTERIOR

A pressão arterial braquial não é um substituto fidedigno da pressão arterial central a que os órgãos vitais como o coração, cérebro e rins estão verdadeiramente expostos. Também a nível do tratamento anti-hipertensivo, existem diferentes respostas ao nível da pressão arterial central e braquial. O papel da rigidez arterial, na patogénese da doença CV, tem alcançado grande notoriedade, sendo reconhecida como um importante factor de risco para a doença CV e a lesão subclínica de órgãos alvo. Novas metodologias não invasivas, como a tonometria de aplanação da artéria radial (TA), são capazes de avaliar parâmetros centrais, como a pressão arterial central e a rigidez aótica,

estimados pela análise da onda de pulso e pela velocidade da onda de pulso. Face a este paradigma, o objectivo desta revisão é aprofundar a importância da pressão central e da rigidez arterial como marcadores cardiovasculares, esclarecer o papel da pressão central na decisão diagnóstica e terapêutica, como índice de controlo no tratamento anti-hipertensivo. Em conclusão, a pressão arterial central e a rigidez arterial são importantes ferramentas na previsão de eventos CV. A pressão de pulso central é um melhor preditor de eventos CV do que a pressão periférica braquial. A TA surge como um promissor adjuvante na avaliação de pacientes com doenças CV, permitindo a monitorização da condição hemodinâmica central e o diagnóstico de estágios precoces de desenvolvimento das mesmas, que, de outra forma, seria impossível. Tornou também possível uma melhor avaliação em relação à eficácia do tratamento anti-hipertensivo, permitindo o uso de menores doses ou mesmo de menos fármacos anti-hipertensivos para manter um controlo adequado da pressão arterial. Ainda não está totalmente esclarecido, se o uso de fármacos com o objetivo de melhorar a rigidez arterial e a pressão arterial central irá traduzir-se na obtenção de melhores resultados clínicos.

PO-05-20

EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

Ana Marques, Manuela Ricciulli, Lurdes Ferreira, Rui Ferreira
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - UNIDADE DE CALDAS DA RAINHA

INTRODUÇÃO: A criação de Unidades de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) assenta num postulado lógico: reunir no mesmo local, técnicos especializados e material sofisticado para monitorização/terapêutica da patologia cardíaca, com benefícios apreciáveis. OBJECTIVO: Caracterização demográfica, clínica e prognóstica (Global Registry of Acute Coronary-GRACE 2.0) dos doentes da UCIC, particularizando o subgrupo de doentes com 1º diagnóstico síndrome coronário agudo (SCA). MÉTODO: Estudo retrospectivo numa UCIC, durante um período de 3 meses (1 de Agosto a 30 de Novembro de 2015). Estatística com Microsoft Excel®. RESULTADOS: Total de 211 doentes, 72% do sexo masculino. Média de idades foi de 65,3±14,28 anos. 35,5% foram provenientes do serviço de urgência, a duração internamento foi em média 3,95±7,21 dias e o destino foi a enfermaria de cardiologia em 82%. Os factores de risco cardiovasculares identificados foram: hipertensão arterial- 74,4%, dislipidémia- 71,1%; tabagismo-60,2% diabetes- 31% e obesidade- 25,6%. Em 127 casos o diagnóstico principal foi SCA: angina instável 7,1% (n=9); enfarte agudo do miocárdio (EAM) sem supra ST 34,6% (n=44) e EAM com ST 58,3% (n=74). Neste subgrupo de doentes a HbA1C média foi de 6,5%±1,62%; colesterol total médio de 177,4±53,84; HDL médio 39,3±12,86; LDL médio 108,6±43,97; triglicerídeos médios 134,5±74,40. Mortalidade neste grupo 2,4%. GRACE 2.0 médio de 115,0±32,62 com mortalidade média estimada aos 6 meses de 10,7±13,32%. Dislipidémia, tabagismo e um valor de LDL≥70mg/dL mostraram relação estatisticamente significativa (X2) com GRACE 2.0 de alto risco (>140). CONCLUSÃO: As guidelines recomendam tratamento coronário invasivo precoce nos doentes com SCA de alto risco. Calcular o GRACE 2.0 à admissão hospitalar complementa a avaliação clínica, podendo fundamentar a abordagem terapêutica e/ou prognóstica quer seja, sujeitando o doente precocemente a estratégias mais invasivas, quer poupando-o de intervenções desnecessárias.

PO-05-21

SCORE GENÉTICO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL POR GÉNERO

Ana Célia Sousa, R. Palma dos Reis, A. Pereira, A.I.Costa, S.Gouveia, T. Góis, L. Nóbrega, F. Menezes, J.C. Fernandes, S. Borges, M. Rodrigues, S. Freitas, I. Ornelas, M.I. Mendonça.
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

A Hipertensão Arterial (HTA) é um fator de risco de Doença Cardiovascular. É uma patologia multifactorial em que o contributo genético é importante. Em anterior estudo criamos um Score genético (score G) com genes fisiopatologicamente lógicos para determinar o risco de desenvolver HTA mas desconhece-se qual a sua aplicabilidade na determinação do risco de HTA no género feminino e no masculino. Objectivo: Avaliar se o score G determina o risco de desenvolvimento de HTA quer para ambos os géneros Métodos: Numa amostra de 1150 indivíduos constituímos dois grupos consoante eram do género masculino ou do feminino. Em cada grupo fizemos um estudo caso controlo em relação ao ter ou não HTA. Estudámos 13 polimorfismos genéticos associados à HTA: AGT 174 M/T; AGT 235 T/M; ECA I/D; ECA 8 A/G; AT1R 1166 A/C; CYP11B2 -344 C/T, CYP 17 A1 T/C, SNN1G A –173 G, ADD1 Gly460Trp, as do Sistema Simpático Adrenérgico: β1 Adrenérgico R389G, β2 Adrenérgico R16G, ATP2 B1 A/G, SLC4A2 C/T e o da Sub Unidade β3 da Proteína G C825T. Calculamos o Odds Ratio para cada uma das variantes genéticas e posteriormente Score G multiplicativo constituído com 13 polimorfismos genéticos. O score G foi dividido em tercis, e comparámos o1º com o 3º tercil em relação ao aparecimento de HTA nos dois grupos. Feito um modelo de regressão logística para ver quais as variávies que se relacionavam de forma independente com o aparecimento de Hipertensão em ambos os géneros. Resultados: O Score G associou-se a maior risco de HTA em ambos os géneros, com Odds ratio de 2,092 para o género masculino e de 1,650 para o feminino. Após análise de regressão logística o Score G ficou na equação e influênciando o aparecimento de HTA de forma significativa e independente para ambos os géneros (odds ratio de 1.8 para o género masculino e 1.7 para o feminino) Conclusão: O Score G para a HTA foi validado para ambos os géneros. Este score pode ser muito útil na previsão do desenvolvimento de HTA em ambos os géneros.

PO-05-22

CASUÍSTICA DE DOIS ANOS DE CONSULTA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Julieta Ramalho, Inês Burmester, Mónica Almeida, Maria João Regadas, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As doenças cardiovasculares são das mais importantes causas de morbi-mortalidade no mundo e também em Portugal. A Hipertensão Arterial (HTA) é considerado um dos mais importantes factores de risco. Objectivos: Os autores pretenderam analisar a Consulta de HTA entre 2012 e 2013. Método: Estudo observacional, analítico e retrospectivo dos adultos seguidos em Consulta Externa de HTA de Medicina Interna num Hospital Central entre 2012 e 2013 Resultado: Realizaram-se 465 consultas (ratio Consulta/doente aproximadamente 2). Dos 212 doentes observados, 56% eram mulheres. A média das idades dos doentes observados foi de 53 anos, com valor mínimo de 20 anos e máximo de 91 anos. No que diz respeito à proveniência dos pedidos de Consulta, cerca de 52% dos doentes foram enviados pelo Médico de Família, 28% através de Outra Especialidade Hospitalar e 17% do Serviço de Urgência. Cerca de 77% dos doentes estavam medicados com mais de um anti-hipertensor (anti-HT), destes, 28% foram medicados com mais de 4 anti-HT. O número médio de anti-HT por doente foi de 2,7 (máximo 6, mínimo 0). A classe de anti-HT mais prescrita foi a dos diuréticos. O controlo da HTA foi atingido em cerca de 52% dos doentes, verificando-se que apenas 65% dos doentes aderiram às medidas farmacológicas e não farmacológicas propostas. Dos doentes que realizaram o MAPA (monitorização ambulatória da pressão arterial), a maioria apresentava HTA sistólica verficando-se ligeiro predomínio do padrão DIPPER em relação ao não-DIPPER. Relativamente à lesão de órgão alvo assintomática, o coração foi o órgão mais acometido (Hipertrofia ventricular esquerda). Factores de risco como Diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e dislipidemia surgiram associados em muitos dos doentes estudados. Conclusões: A maioria dos doentes seguidos apresenta uma HTA de difícil gestão, obrigando a associação de diversas classes de anti-HT com titulação sucessiva da dose e controlo dos efeitos secundários.

PO-05-23

MIOCARDIOPATIA NÃO COMPACTADA - MANIFESTAÇÃO EM IDADE ADULTA

Adriana Soares, Maria Maia,Luis Falcão, João Santo, Luisa Pereira, José Araujo, José Pimentada Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A miocardiopatia não compactada do ventrículo esquerdo é uma miocardiopatia geneticamente determinada que surge no periodo embrionário com uma prevalência de 3-4% em todos os doentes com insuficiência cardiaca na idade adulta, sendo este sindrome uma das manifestações mais comuns, seguida por arritmia e morte súbita. Os autores apresentam o caso de um homem de 57 anos, leucodérmico, com história de tabagismo e febre reumática na infância que foi referenciado ao serviço de urgência em contexto de insuficiência cardíaca inaugural com quadro com 3 semanas de evolução de dispneia para esforços progressivamente menores, ortopneia e edema dos membros inferiores, com estase pulmonar e edemas periféricos ao exame objectivo. Da avaliação complementar ECG com ritmo sinusal; ecocardiograma transtorácico com ventriculo esquerdo gravemente dilatado, com espessura parietal normal, fração ejeção (Simpson) 33% e hipo-acinésia difusa; coronariografia sem alterações e ressonância magnética que evidenciava dilatação grave (209 ml/m2) e hipertrabeculação do ventrículo esquerdo sugestivo de miocardiopatia não-compactada. A abordagem à insuficiência cardíaca secundária a miocardiopatia não compactada respeita as normas de orientação associada a este sindrome. Porém, o reconhecimento desta etiologia pode ter implicações na decisão farmacológica diferentes, nomeadamente na introdução de hipocoagulação em doentes que outrora não teriam indicação para tal dado o risco aumentado de eventos tromboembólicos.

PO-05-24

UMA CAUSA RARA DE ENDOCARDITE

Sara Ferreira, Helena Miguel Moreira, Luísa Malheiro, Susana Ferreira
HOSPITAL DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Stenotrophomonas maltophilia é um bacilo gram negativo, aeróbio, não fermentador, ubíquo no ambiente. A nível hospitalar pode encontrar-se nas superfícies dos equipamentos, em fluídos contaminados e nas mãos dos profissionais de saúde. Trata-se de um microorganismo oportunista, responsável por infecções nosocomiais em doentes imunocomprometidos (doentes com múltiplas comorbilidades, neoplasias, etc.). Vários factores dificultam o tratamento da infecção por este agente (resistências a vários antimicrobianos, formação de biofilmes, etc.). A mortalidade por este microorganismo é elevada (21 a 79%). Apresenta-se o caso clínico de um doente do género masculino de 71 anos, com múltiplas comorbilidades (insuficiência cardíaca valvular reumática com próteses mecânicas aórtica e mitral, doença renal crónica, gamapatia monoclonal de significado indeterminado, entre outras) internado no Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca descompensada. Durante o internamento, evolui com febre e subida da proteína C reactiva (até 105 mg/l). Verificou-se isolamento de Stenotrophomonas maltophilia em várias hemoculturas, assim como a presença de uma vegetação ao nível da prótese mecânica aórtica. Iniciada antibioterapia dirigida com trimetoprim/ sulfametoxazol e ceftazidima. A evolução clínica foi desfavorável e o doente acabou por falecer. A endocardite a Stenotrophomonas maltophilia é uma entidade clínica relativamente rara, com poucos casos descritos a nível mundial. Persistem ainda muitas dúvidas quanto à antibioterapia óptima. Esta deve ser baseada nos testes de susceptibilidade. O antibiótico de primeira linha é o trimetoprim/ sulfametoxazol. A morbimortalidade por esta patologia mantém-se elevada (70 a 80% e 30 a 40%, respectivamente).

PO-05-25

PERIGOS DA PROFILAXIA – USO DE ENOXAPARINA NO DOENTE INTERNADO

Nuno Ferreira Monteiro, Joana Alves Vaz, Maria Manuela Soares, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL DE EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

Introdução: O doente internado tem habitualmente maior risco de tromboembolismo (TE), devido a acamamento prolongado, intervenções ou patologia aguda que configuram estados protrombóticos. A utilização de heparina de baixo peso molecular (HBPM) como profilaxia do TE permite diminuir consideravelmente o número de eventos; as normas actuais preconizam doses padrão de 40mg 1x/dia até mobilização do doente, ou metade se depuração de creatinina inferior a 30mL/min, estando contraindicada se hemorragia activa. Objectivo: caracterizar a prescrição de HBPM em doentes internados. Métodos: estudo transversal observacional de 1 dia de todos os doentes internados em enfermaria de Medicina Interna com consulta do processo clínico e prescrição electrónica. Resultados: de 32 doentes internados, 53% (n=17) eram mulheres; média de idades 76.75; 44% (n=14) eram autónomos e 34% (n=11) totalmente dependentes de terceiros. 28% (n=9) estavam acamados, os restantes faziam levante diário para cadeirão ou deambulavam. 75% (n=24) estavam anticoagulados, 79% dos quais (n=19) em dose profilática; apenas 29% (n=7) dos doentes anticoagulados estavam acamados e destes apenas 1 doente sob dose terapêutica. Dos 71% (n=17) com mobilização diária sob anticoagulação, apenas 3 doentes estavam medicados em dose terapêutica. 75% (n=3) dos doentes medicados com enoxaparina 20mg/dL apresentavam depuração de creatinina acima de 30mg/L. Dos doentes acamados que não estavam anticoagulados (n=2), só 1 tinha contraindicação formal (hemorragia activa). Conclusões: os resultados preliminares deste estudo (a estender a outras enfermarias) revelam ainda inconformidade no manejo profilático de HBPM, o que induz risco desnecessário a doentes anticoagulados sem indicação, nomeadamente nos que são mobilizados diariamente mas permanecem sob anticoagulação profilática. É importante rever diáriamente a aplicação das normas internacionais para atingir o equilíbrio óptimo entre prevençao de TE e risco hemorrágico.

PO-05-26

QUANDO O TROMBOEMBOLISMO NÃO É TROMBOEMBOLISMO

Joana Martins, Andrei Gradinaru, Raquel Gil, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Os trombos murais na crossa e na aorta torácica devem-se sobretudo a doença aneurismática e/ou doença aterosclerótica oclusiva difusa, sendo mais frequentes nos idosos. Um dos riscos associados a esta patologia é o seu potencial embólico; são responsáveis por cerca de 5% dos embolismos periféricos. Caso Clínico: Mulher, 94 anos, autónoma, antecedentes de doença renal crónica, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita, precordialgia sem irradiação, palidez e vómitos. Ao exame objetivo apresentava turgescência venosa jugular a 45º, estava hemodinamicamente estável. Gasimetricamente com hipoxemia e hipocapnia. Por suspeita de tromboembolismo pulmonar realizou angiotomografia de tórax, que revelou aorta com calcificações ateromatosas grosseiras com conteúdo hipodenso heterogéneo na crossa e aorta descendente, podendo corresponder a trombos; sem evidência de tromboembolismo pulmonar. Discutido caso com Cirurgia Vascular e decidido iniciar hipocoagulação. Realizou ecocardiograma transtorácico que não evidenciou compromisso do fluxo vascular. Tendo em conta a idade da doente, comorbilidades e a sua própria vontade não foi realizado estudo adicional. Teve alta assintomática e sob hipocoagulação, orientada para a consulta de Medicina Interna. Comentário: A localização mais frequente dos trombos murais da aorta é a nível abdominal, podendo contudo, de forma menos frequente, surgir no componente torácico, como no caso apresentado. Pelo potencial tromboembólico associado está recomendada hipocoagulação e vigilância.

PO-05-27

QUE FACTORES INFLUENCIAM UM BOM CONTROLO TENSIONAL NA MEDIÇÃO AMBULATÓRIA DA PRESSÃO ARTERIAL

Joana Ribeiro, Rogério Teixeira, Liliana Reis, João Rua, Ana Catarina Lucas, Joana Cascais Costa, Maria do Carmo Cachulo, Adriano Rodrigues, Lino Gonçalves
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HOSPITAL GERAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A medição ambulatória da pressão arterial (MAPA) é um recurso valioso na avaliação e monitorização dos doentes com hipertensão arterial (HTA). Objectivos: Avaliar os principais factores clínicos associados a um bom controlo tensional. Métodos: Estudo observacional e retrospetivo de todos hipertensos referenciados para MAPA no ano de 2014. A HTA controlada foi definida como pressão arterial sistólica nas 24h< 130 mmHg e diastólica < 80 mmHg. A amostra foi dividida em Grupo A (HTA controlada), N= 91 e Grupo B (HTA não controlada), N=.123. Os grupos foram comparados relativamente a características demográficas, clínicas e terapêuticas. Resultados: A amostra tinha uma idade média de 62 ±14 anos; e com equilíbrio de género. Os doentes do grupo A eram mais velhos (65±12 vs 60±15 anos, P< 0,01). Os dois grupos eram homogéneos no que referia aos factores de risco cardiovascular e outras comorbilidades cardiovasculares e não cardiovasculares, à excepção das perturbações da ansiedade e/ou depressão que eram mais frequentes no grupo B (11 vs 3%, P= 0,04). No que se dizia respeito à medicação, a rilmenidina estive associada a um pior controlo tensional (P< 0.01), enquanto que o uso de nitratos esteve relacionado com uma maior taxa de controlo (P= 0.011). Não houve diferença estatística relativamente às restantes classes de fármacos e ao número total de fármacos (P= 0.49). Conclusões: A HTA representa uma população heterogénea, pelo que a previsão do controlo é complexa. Ainda assim, de acordo com os nossos dados, a idade e a psicopatologia influenciaram o controlo tensional. A nível farmacológico, os autores destacam a pouca eficácia da rilmenidina.

PO-05-28

MIOPERICARDITE - 7 ANOS DE CASUÍSTICA DA UNIDADE DE MEDICINA

Francisco Ferreira da Silva, Luisa Fraga Fontes, Inna Kozyar, Maria João Bizarro, Nataliya Polishchuk, Susana Livramento, Maria José Serra
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

A doença miopericárdica, na sua forma inflamatória, pode apresentar-se de formas e gravidade distintas atendendo ao grau de envolvimento da estruturas cardíacas. Assim, desde o envolvimento pericárdio exclusivo (pericardite) até ao envolvimento miocárdico sem derrame pericárdico (miocardite), passando pelas formas mistas onde se sobrepõem as duas formas (miopericardite), a doença miopericárdica pode assumir um espectro distinto de apresentação. Quanto à etiologia permanece uma das patologias onde as causas idiopáticas continuam a prevalecer, seguida das causas infecciosas, principalmente virais. Por outro lado, quando se apresenta num contexto clínico de síndrome inflamatório, nomeadamente por infecção viral aguda, a miopericardite é geralmente facilmente diagnosticada, contudo quando o atingimento é exclusivamente miocárdico a diferenciação entre este e um síndrome coronário agudo poderá ser um desafio diagnóstico. É com base nestas referências que nos propomos a apresentar a casuística de internamentos por miocardite e miopericardite, caracterizando os 67 doentes tratados no nosso serviço no período de 2009 a 2015. A distribuição por géneros foi de 60 do género masculino e 7 do feminino. A média etária foi de 38,5 anos. As formas mais frequentes de apresentação foram a toracalgia e o síndrome gripal. Cem por cento dos doentes realizaram ECG e ecocardiograma, cerca de 12% realizaram coronariografia por suspeita de síndrome coronário agudo e cerca de 10% Ressonância Magnética cardíaca. Apenas a 8 doentes foi possível atribuir uma etiologia específica. O tratamento de eleição foi o acido acetilsalicilico em cerca de três quartos dos doentes, seguido do ibuprofeno. A média de dias de internamento foi de 5,2 dias e a mortalidade 0%. Verificamos ainda 5 recidivas. A cura foi verificada em 98% dos doentes, apenas 1 tendo permanecido com insuficiência cardíaca sintomática.

PO-05-29

RISCO TROMBÓTICO NUM CONTEXTO DE DISCRASIA HEMORRÁGICA

Inês Ricardo, João Agostinho, Cristina Catarino, Dulce Brito, Fátima Veiga, Fausto Pinto, Mónica Mendes Pedro
CHLN - HOSPITAL DE SANTA MARIA

A Hemofilia A é uma doença hereditária recessiva ligada ao X, caracterizada por deficiência de factor VIII que leva a um risco hemorrágico elevado. Com o aumento da esperança média de vida destes doentes, a prevalência de eventos coronários agudos (ECA) tem aumentado, mas a experiência na abordagem destes permanece escassa. Os autores descrevem o caso de um homem de 48 anos, com antecedentes pessoais de Hemofilia A e Diabetes Mellitus tipo 2, evacuado de Cabo Verde e referenciado à consulta de cardiologia por quadro de angina instável com 6 meses de evolução. Sem evidência de discrasia hemorrágica. Da avaliação a destacar: marcadores de necrose miocárdica negativos, Hb 9.1g/dL, tempo de tromboplastina parcial activada >100segundos, factor VIII <1% e tempo de protrombina normal. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com inversão da onda T em aVR e onda Q em aVL. Ecocardiograma normal. Após discussão com equipa de Hemodinâmica e Imunohemoterapia, o doente foi internado para realização de coronariografia, realização de infusão de factor VIII e suporte plaquetário pré-coronariografia. A coronariografia revelou doença importante na artéria descendente anterior - estenose ostial de 85% e estenose proximal de 70% até emergência da primeira diagonal. Foi realizada angioplastia com implantação de stent com antiproliferativo. O internamento decorreu sem intercorrências. O doente teve alta sob antiagregação dupla, com indicação para realização de factor VIII em dias alternados nas primeiras semanas e seguimento em consultas de cardiologia e imunohemoterapia. A abordagem de eventos coronários agudos (ECA) em doentes hemofílicos, como demonstrado no presente caso, representa um verdadeiro desafio, não só pela necessidade de terapêutica anti-agregante plaquetária (a qual, sendo indispensável para prevenção de trombose de stent, aumenta o risco hemorrágico), como também pela inexistência de recomendações específicas para suplementação de coagulação nestes casos.

PO-05-30

FIBRILHAÇÃO AURICULAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UM ESTUDO PROSPECTIVO

Tiago Cardoso, Nuno Gaibino, Miguel Bigotte Vieira, Maria Jesus Morgado, Margarida Lucas
CHLN - HOSPITAL DE SANTA MARIA

Introdução: a Fibrilhação Auricular (FA) constitui a arritmia sustentada mais prevalente em Portugal. Objectivos: caracterizar a sintomatologia, antecedentes pessoais e prevalência de doentes admitidos por FA com resposta ventricular rápida (RVR) na Sala de Observação (SO) do Serviço de Urgência (SU) de um hospital terciário. Métodos: estudo transversal observacional tendo sido identificados os doentes admitidos entre 4 e 24 de Janeiro de 2016. Incluídos os doentes com FA e RVR admitidos no SO com posterior internamento hospitalar. Excluídos os doentes com FA sem RVR ou portadores de pacemaker. Resultado: foram admitidos em SO 540 doentes, dos quais 6,5% (35) apresentavam FA com RVR. Verificou-se que 51,4% dos doentes admitidos eram do género feminino. Relativamente ao tipo de FA, a maioria (51,4%) apresentava FA permanente, constituindo o tipo paroxístico o menos frequente (11,4%). A incidência de doentes com FA de novo foi de 14,3%. Relativamente aos antecedentes pessoais, verificou-se que a hipertensão arterial (HTA) foi o mais prevalente (71,4%), seguindo-se a insuficiência cardíaca (IC) e a anemia, ambas com 34,3%. Verificou-se presença prévia de diabetes mellitus (DM) em 25,7% dos doentes. A história anterior de acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente isquémico transitório (AIT) estava presente em 25,7% dos doentes e 14,3% tinham antecedentes de EAM. Relativamente à sintomatologia apresentada pelos doentes, verificou-se neste estudo que existiu uma associação significativa entre a FA e as palpitações (p=0,02). Dos doentes com FA de novo, 40% referiam dor torácica (p=0,07). Conclusões: A sintomatologia apresentada pelos doentes e a contribuição das doenças cardiovasculares nos diferentes tipos de FA,

encontram-se ainda por esclarecer. Tendo em consideração que a FA poderá estar subdiagnosticada em Portugal, é importante adotar estratégias que permitam o diagnóstico precoce para otimizar o tratamento e diminuir a morbilidade e mortalidade.

PO-05-31

UM CASO DE PERICARDITE AGUDA RECIDIVANTE. QUAL A POSSÍVEL CAUSA?

Inês Teles Grilo, Isabel Militão, Pedro Magalhães, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A pericardite aguda é uma inflamação súbita do pericárdio, geralmente dolorosa e com derrame pericárdico adjacente. Esta entidade pode ter uma panóplia de etiologias. Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 39 anos, com antecedentes de Linfoma de Burkitt aos 25anos e pericardite aguda aos 34 anos. Apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) com dor intensa ao nível da região posterior do hemitórax esquerdo, súbita, que agravava com a inspiração, movimentos e decúbito dorsal, e melhorava na posição sentada.Estava febril, sem outras alterações ao exame objetivo. Tinha proteína C reativa discretamente aumentada e elevação D-dímeros. Na telerradiografia do tórax o índice cardio-torácico estava aumentado e eletrocardiograma não tinha alterações. Efetuou angio-tomografia computorizada torácica que excluiu tromboembolismopulmonar e mostrou derrame pericárdico de moderado volume, com espessamento e hipercaptação inflamatória dos folhetos pericárdicos. Colheu estudo analítico complementar e teve alta medicada com ibuprofeno e colchicina, orientada para a consulta externa. Teve períodos de agravamento da dor torácica tendo recorrido ao SU por mais 2 vezes. Fez ecocardiograma que demonstrou diminuição do derrame pericárdico. Manteve terapêutica com ibuprofeno e colchicina e introduziu-se corticóide, que se manteve durante 3 meses,com resolução completa do derrame pericárdico. No estudo efetuado identificou-se apenas IgM de Epstein Barr e serologias de Adenovírus positivas. Passados 5 meses recorreu novamente ao SU com a mesma clínica, realizando ecocardiograma que demonstrou recidiva do derrame pericárdico e espessamento pericárdico. Reiniciou terapêutica com ibuprofeno e colchicina, novamente com resolução completa do derrame e normalização dos parâmetros inflamatórios. A identificação da etiologia das pericardites agudas é importante para a correta orientação terapêutica e prevenção das recidivas. No entanto, uma grande percentagem dos casos permanece idiopática.

PO-05-32

DISFUNÇÃO SISTÓLICA TRANSITÓRIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: UM CASO CLÍNICO

Mónica Mata, Yenny Anzola, Sérgio Borges, Lisete Nunes, D´jalma Sousa, Ivone Barracha, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRA; SERVIÇO DE MEDICINA B

Mulher de 55 anos, admitida no serviço de urgência em março de 2015 por quadro de dor retroesternal, após comunicação de má notícia. Antecedentes pessoais: Surdez. Dos exames complementares de diagnóstico destacavam-se: CK 140U/L, CK-MB 21U/L, Troponina I 0,453ng/mL-->0,481ng/mL (reavaliação 6h depois); Eletrocardiograma: QS V1-V3; Ecocardiograma Transtorácico na admissão: Cardiopatia segmentar em ventrículo esquerdo dilatado, função sistólica global moderadamente comprometida e dilatação auricular esquerda. Foi internada no Serviço de Medicina com a hipótese diagnóstica de Enfarte Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST. Realizou Coronariografia que não apresentou alterações. Manteve-se assintomática e sem sinais de Insuficiência Cardíaca. Repetiu Ecocardiograma ao oitavo dia de internamento que não relatou alterações significativas. Admitiu-se, portanto, Síndrome de Takotsubo. Os autores apresentam o caso clínico fazendo uma revisão da entidade, fisiopatologia, a sua abordagem terapêutica e o desafio no seu diagnóstico.

PO-05-33

UM CASO CLÍNICO DE TRAQUEOBRONQUITE AGUDA QUE AFINAL NÃO ERA ASSIM TÃO LINEAR…

Inês Teles Grilo, Andreia Costa, Fernando Salvador, Isabel Militão, Trigo Faria
CHTMAD - HOSPITAL DE VILA REAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca e disseção da aorta tipo A, com tratamento cirúrgico no ano prévio. Apresentou-se com dor epigástrica e sensação de enfartamento com uma semana de evolução. Apresentava também tosse produtiva e dispneia para pequenos esforços há duas semanas. Objetivamente estava hemodinamicamente estável, apirético e com saturação periférica de O2 86%. Apresentava um sopro aórtico grau III/VI e tinha diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior esquerda. A palpação abdominal era dolorosa na região epigástrica e notava-se hepatomegalia palpável 3 cm abaixo da grade costal. A gasometria tinha insuficiência respiratória tipo 1 e analiticamente salientava-se hemoglobina 9,0 g/dL, leucocitose de 12400, creatinina 2,1 mg/dL, proteína C reativa 10,5 mg/dL. A telerradiografia do tórax mostrava alargamento do mediastino superior e imagem sugestiva de derrame pleural à esquerda. Realizou toracocentese diagnóstica com saída de líquido seroso com características de exsudado Iniciou ceftriaxone/azitromicina e diuréticos endovenosos, sendo internado. Ao segundo dia de internamento apresentou agravamento da dispneia e desconforto epigástrico. Tinha agravamento da insuficiência respiratória e discreto aumento dos marcadores de necrose do miocárdio. Realizou tomografia computorizada que demonstrou a presença de volumoso hematoma de 11 cm, envolvendo a aorta ascendente, derrame pericárdico e derrame pleural esquerdo. O doente foi transferido para a Cirurgia Cardiotorácica e submetido a resseção da aorta ascendente com interposição de prótese por pseudoaneurisma da aorta ascendente. Com este caso clínico pretende-se alertar para os sinais/sintomas de um aneurisma da aorta em perigo de ruptura que deve ser rapidamente identificado, o que pode traduzir-se numa medida lifesaving.

PO-05-34

HEMORRAGIA NOS DOENTES COM DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) ANTICOAGULADOS COM VARFARINA VS. NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS (NACO, RIVAROXABANO®)

Karolina Sodré Aguiar, Mónica Chen, Ana Gonçalves, Antonio Alho, Rui Garças, Caterina Almeida, Cristina Oubiña, Fernanda Louro
HOSPITAL PROFESSOR DR FERNANDO FONSECA

O diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) é frequentemente realizado no Serviço de Urgência. Além da varfarina os NACO constituem uma alternativa terapêutica na prevenção da recorrência de tromboembolismo pulmonar, e a aplicação tem vindo a aumentar. Entre os NACO o Rivaroxabano está aceite pelo Infarmed para uso em doentes com tromboembolismo pulmonar, não sendo inferior à varfarina em termos de eficácia. Os grandes estudos mostram que não existem diferenças significativas a nível de ocorrência de eventos hemorrágicos, excepto em termos de hemorragias digestivas, mais frequentes com Rivaroxabano. Existem poucas avaliações de centros hospitalares a comparar estes dois fármacos (observações "real life"). O nosso objectivo foi comparar a frequência de hemorragias em doentes com TEP internados no nosso Hospital (2014 e 2015) medicados com Varfarina vs. Rivaroxabano. Observamos retrospectivamente 102 doentes adultos (35 em grupo de Rivaroxabano (grupo 2) e 67 em grupo de Varfarina (grupo 1) que cumpriram pelo menos 6 meses de uso do fármaco, e preencheram os critérios de inclusão/exclusão. Em 5 doentes do grupo 1 e em 4 doentes do grupo 2 verificou-se presença de hemorragias clinicamente graves (diferença estatisticamente não significativa, p value= 0,7357, para um intervalo de confiança 95%). A hemorragia digestiva grave ocorreu em dois doentes do grupo 1 e em dois doentes do grupo 2, com características clínicas parecidas (diferença não significativa, p value= 0,7291). As hemorragias ligeiras ocorreram em vinte e oito doentes do grupo 1 e em cinco doentes do grupo 2. Estes resultados são indicadores de que não há, nos nossos doentes, diferenças significativas entre os medicamentos administrados, em relação à frequência de hemorragia major.

PO-05-35

REPOLARIZAÇÃO PRECOCE, NÃO TÃO BENIGNO QUANTO ISSO...

Helena Vitorino, Ascensión López, Ana Afonso, Joana Mariz, Eduarda Comenda, Nadine Monteiro, Cláudia Jesus, Helena Cantante
HOSPITAL DOS LUSÍADAS LISBOA - UNIDADE DE MEDICINA INTERNA

A repolarização precoce (RP) é definida no eletrocardiograma (ECG) por uma defleção positiva imediatamente a seguir ao complexo QRS no início do segmento ST, em duas derivações adjacentes, denominado de onda-J ou elevação do ponto J. O termo foi introduzido há mais de 50 anos e tradicionalmente considerado como idiopático/benigno até ao ano 2000. Atualmente e devido a observações de casos, estudo clínicos e investigação eletrofisiológica básica acredita-se que possa apresentar um papel crítico na patogénese da fibrilhação ventricular idiopática em alguns doentes. Os autores apresentam o caso de um homem de 36 anos, aparentemente saudável que foi observado no serviço de urgência por quadro de tonturas. Na avaliação inicial apresentava no ECG padrão de RP com onda J visível nas derivações inferiores, interpretado como alterações benignas. Foi admitido diagnóstico de vertigem e referenciado a consulta. Para esclarecimento do quadro clínico foram realizados vários exames de diagnóstico. Manteve seguimento durante um ano com investigação complementar admitindo-se patologia vestibular. Pela persistência dos sintomas mas sem grande consistência quando ao diagnóstico de patologia vestibular foi realizado Detetor de Eventos que revelou: "episódio de taquicardia ventricular polimórfica de complexos largos (tipo torsade de pointes)…". Foi excluída patologia estrutural cardíaca e colocado cardio-desfibrilhador implantável sem intercorrências. A morte súbita cardíaca é um dos principais contribuintes para mortalidade da população. A causa mais comum de morte súbita cardíaca é fibrilação ventricular, que, em 80% dos casos, é decorrente de doença arterial coronaria. No entanto, em 10% a 20% dos casos, são causadas por distúrbios primários eletrofisiológicos, entre elas a RP, muitas vezes desvalorizada numa avaliação inicial do doente.

PO-05-36

QUANDO A CLÍNICA APONTA PARA OUTRO DIAGNÓSTICO

Ana Rita Alves Lopes, Carla Madureira Pinto, Cristiana Pinto, Eugénia Madureira
ULSNE-BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O pseudoaneurisma é uma entidade pouco frequente, mas de grande relevância clínica pela alta probabilidade de ruptura e morte. A maioria dos casos são complicações do enfarte agudo do miocárdio ou da cirurgia cardíaca. Os autores descrevem o caso de homem de 66 anos, com hábitos tabágicos, que recorre à Urgência por dor retroesternal de instalação súbita, em repouso, com irradiação dorsal e com alívio após ingestão de ibuprofeno. Sem dispneia, ortopneia, náuseas ou febre. Relatava um quadro gripal anterior. À chegada, estava assintomático e hemodinamicamente estável. No eletrocardiograma apresenta inversão da onda T em aVL, V5 e V6. Troponina I e CK elevadas com BNP aumentado. Realizou ecocardiograma transtorácico (EcoTT) onde se observa uma HVE de grau ligeiro e derrame pericárdico localizado na região para-cardíaca esquerda. Admitido por miopericardite e medicado com AINE, manteve-se sem queixas. Marcadores de necrose do miocárdio seriados em decrescendo, marcadores tumorais e víricos, assim como estudo imunológico negativos. Para maior esclarecimento realiza ressonância magnética (RM) cardíaca que revelou ventrículo esquerdo com sinais de enfarte transmural mediobasal lateral, complicado com pseudoaneurisma centrado no segmento médio infero-lateral, com trombo aderente à parede lateral e no lúmen do pseudoaneurisma. Foi transferido para Cardiologia, onde fez cateterismo cardíaco que revelou doença de 2 vasos associando estenose crítica da DA. Segue para Cirurgia Cardio-Torácica para revascularização cardíaca. Após a alta, chega o resultado positivo do teste IGRA e inicia, em ambulatório, anti-tuberculostático. Com este caso, os autores pretendem evidenciar a dificuldade de atingir o diagnóstico quando a clinica aponta para outro. O EcoTT é a prova diagnostica preferida para a investigação inicial. A RM permite detectar o tamanho e localização do pseudoaneurisma, assim como distinguir as estruturas adjacentes. A rápida intervenção é fundamental na sobrevida.

PO-05-37

EVIDENCIA ANATOMICA NA HTA

Ana Rita Alves Lopes, Rita Silva, Cristiana Pinto, Eugénia Madureira
ULSNE-BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Hipertensão arterial (HTA) é uma das doenças mais comuns no mundo e um factor de risco major para as doenças cardiovasculares. Realça-seque ahipertensãorenovascular é uma das causas secundárias mais comuns, reflectindo a relação causal entre uma evidência anatómica de doença arterial oclusiva e pressão arterial elevada. Apresenta-se um caso de umamulher de 63 anos, com antecedentes de HTA, medicada com 3 anti-hipertensores.RecorreaoServiço de Urgênciapormalestar e palpitações com 3 dias de evolução, sem dor torácica ou dispneia. Apresentavaum perfil tensional elevado de dificilcontrolo. Analiticamente tinha umahipocalémia grave (K 2.4mEq/L) e disfunção renal (Creatinina1.65mg/dL), assimcomoumaalcalosemetabólica na gasimetria arterial. Do internamentodestaca-seumadislipidemia (Colesterol total 306mg/dL, LDL 210mg/dL, TG 230mg/dL) e VS ligeiramente aumentada (27mm). Função tioideia, hGH, ECA, aldosterona e catecolaminas normais. Na urina 24h apresentava proteinuria (1.34g/24h) e Clearance de Cr 29.2ml/min. Aldosterona, ácidovanilmandelico e metanefrinas normais.RealizouAngio-ressonancia das artéria renais querevelou à esquerda 2 artérias com origem quase contígua, a mais superior com estenose significativa no terço distal e uma pequena estenose na sua origem, a inferior com estenose significativa na sua origem, emoderada atrofia difusa do rim esquerdo. Foireferenciada para a consulta de Cirugia Vascular, sendosubmetida a uma arteriografia. Após a intervenção manteve a HTA controlada, tendo alta orientada para a consulta de MedicinaInterna. Este trabalhopretendechamar aatençãopara umacausasecundária de HTA. Não há nenhum elemento que isolado seja diagnóstico de hipertensão renovascular. O diagnóstico mais específico é feito retrospectivamente baseado na resposta terapêutica após correcção anatómica da lesão da artéria renal, sendo a arteriografiaconsiderado o exame goldstandard para o diagnóstico e correcção na maioria dos casos.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS **LCD #5**

CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR - A PROPÓSITO DE UM CASO DE DISSOCIAÇÃO CLÍNICA-IMAGIOLÓGICA

Pedro Fortes, Ana Cristina Duarte, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

O carcinoma bronquíolo-alveolar (CBA) é um subtipo distinto de adenocarcinoma de não pequenas células pulmonares, com padrão de crescimento tipicamente ao longo do revestimento alveolar mas sem invasão estromal, vascular ou pleural. Constitui cerca de 4% das neoplasias pulmonares, estando menos correlacionado com hábitos tabágicos do que os restantes tipos. Algumas mutações somáticas do gene epidermal growth factor receptor (EGFR) são preditoras de boa resposta à terapêutica com inibidores de tirosina-cinase, com maior taxa de sobrevivência. Descreve-se o caso de uma doente de 76 anos, hipertensa e dislipidémica, não fumadora, observada em consulta por tosse não produtiva e sem horário com 3 meses de evolução, sem etiologia aparente com base na história e exame objectivo, sendo a auscultação pulmonar normal. A radiografia torácica mostrou infiltrados nodulares bilaterais exuberantes. A avaliação por TC confirmou, a nível torácico, a presença de múltiplas formações nodulares hiperdensas, de limites relativamente bem definidos, em toda a extensão de ambos os pulmões, bem como um macronódulo heterogéneo de 36x29mm na base do pulmão esquerdo. Não foram identificadas adenomegalias e, nos cortes abdomino-pélvicos, não foram detectados sinais sugestivos de metastização. Foi realizada microbiópsia guiada por TC da lesão macro-nodular no pulmão esquerdo, compatível com adenocarcinoma bem diferenciado (em estadio IV - T3N2M1). A análise mutacional do gene EGFR revelou a presença da mutação c.2573T>G (L858R) no exão 21, indicativa de resposta à terapêutica com inibidores da tirosina-cinase EGFR. A doente iniciou terapêutica com erlotinib através da consulta de Pneumologia / Oncologia, com melhoria clínica.

O presente caso ilustra a importância de considerar o diagnóstico de CBA (cuja incidência parece estar a aumentar) nos doentes não fumadores com sintomas respiratórios frustes, podendo a doença inoperável apresentar evolução positiva sob inibidores de EGFR.

PO-05-42

MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO - UM CASO TÍPICO COM ATIPIAS

Pedro Fortes, Patrícia Marujo, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

O mesotelioma peritoneal maligno (MPM) é uma neoplasia rara, associada a exposição a asbestos. Manifesta-se habitualmente com dor abdominal e ascite e é geralmente fatal antes da metastização extra-abdominal. Reporta-se o caso de um homem de 52 anos, fumador, com antecedentes de doença hepática crónica etanólica (DHC) Child-Pugh B e ascite grau 2, conhecidas desde há dois anos. Já realizara exames aquando do diagnóstico de DHC, destacando-se radiografia torácica com padrão micronodular bilateral, comprovado por TC, com broncofibroscopia negativa para células neoplásicas e M. tuberculosis. O padrão micronodular foi interpretado como pneumoconiose, por viver perto de explorações mineiras. Os cortes abdominais dessa TC não mostravam alterações relevantes. Foi observado posteriormente por perda ponderal involuntária, dispneia para esforços progressivamente menores e dor abdominal generalizada. Da avaliação efectuada, destacou-se: caquexia e ascite não tensa; trombocitose (770.000/mm3) "de novo"; líquido peritoneal com gradiente de albumina sero-ascítico 0.9g/dl, exame cultural negativo e exame citológico com células mesoteliais "em ninhos" mas negativas para malignidade. Realizou-se nova TC TAP, com aumento do número de micronódulos pulmonares (levantando suspeita de disseminação hematogénea de neoplasia subjacente),ascite moderada,espessamento peritoneal difuso e adenomegalias inguinais bilaterais. Foi realizada biópsia de gânglio inguinal, com positividade para calretinina, CK5/6 e WT1, que se confirmou posteriormente em amostra peritoneal, resultado compatível com MPM. Assumiu-se padrão tomográfico torácico no contexto de metastização miliar. O doente iniciou quimioterapia com gencitabina mas faleceu três semanas depois. Na história pregressa, sem contacto reconhecido com asbestos. Salienta-se a apresentação invulgar do MPM, dada a metastização ganglionar e provavelmente pulmonar e ainda com o ´alerta´ da trombocitose para síndrome paraneoplásica.

PO-05-43

PSEUDO-SÍNDROME DE MEIGS - DIAGNÓSTICO NA DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Pedro Fortes, Francisco de Brito, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A síndrome de Meigs é definida pela associação de ascite e hidrotórax a um tumor ovárico benigno, com resolução dos primeiros após remoção da massa. A descrição original desta entidade não contemplava alguns tipos de tumor ovárico benigno, entre os quais o teratoma maduro, denominando-se nesses casos de pseudo-síndrome de Meigs. Descreve-se o caso de uma mulher de 83 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca (classe III da classificação NYHA) e HTA, internada por quadro clínico compatível com descompensação de IC por provável insuficiência terapêutica, com extenso derrame pleural direito e ascite associados. Durante o internamento, por resposta subóptima à terapêutica diurética, foram realizadas toracocentese (líquido pleural com características de exsudado) e paracentese (gradiente sero-ascítico de albumina de 1g/dl e líquido peritoneal com exame citológico negativo para malignidade). Foi ainda realizada TC tóraco-abdomino-pélvica, que mostrou volumosa massa ovárica direita, heterogénea e mista, com 154x198mm, a qual foi biopsada e cujo exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um teratoma maduro bigerminal, com sebo e cabelos. A doente foi referenciada para excisão da massa pélvica, com melhoria franca do quadro de anasarca após a cirurgia e permitindo redução da terapêutica diurética. Salienta-se a apresentação clínica da pseudo-síndrome de Meigs, sobreponível à de IC descompensada, o que numa doente com um diagnóstico já conhecido de patologia cardíaca pode contribuir para o atraso no diagnóstico.

PO-05-46

METÁSTASE CEREBRAL DEVIDO A CARCINOMA DE ESÔFAGO

Vera Gomes, Marina Boticário, Andreia araujo Marques, Bruno Pedro, Helena Dias, Isália Miguel, Maria Filomena Roque
HOSPITAL DE SANTARÉM EPE-SERVIÇO DE MEDICINA III-B

INTRODUÇÃO: O cancro esofágico (CE) é a 8º neoplasia mais comum (2%) e a 3º gastrointestinal mais frequente (4%). Inicialmente assintomático ou com clínica inespecífica, o diagnóstico faz-se geralmente em estadios avançados e tem mau prognóstico. Mais comum no homem, associa-se a fatores de risco ambientais e genéticos. Os principais tipos histológicos são o carcinoma epidermóide (CPC) nos 1/3 esofágico proximal e médio, e o adenocarcinoma no distal. Na maioria, a metastização ocorre para locais extracranianos por via linfática, hematogénea e local. Raramente metastiza para o cérebro (1,7-3,6%), porventura através do sistema venoso vertebral (sistema de Baxton). A metastização é mais provável se o tumor tem maiores dimensões ou está num estadio avançado. CASO CLÍNICO: Homem, 69 anos, veio à Urgência por disfagia progressiva, epigastralgias e perda ponderal associadas a desorientação tempo-espacial. Antecedentes pessoais: cargas etílica e tabágica pesadas, DRGE. Ex.objetivo: desorientado, agitado, palidez, distensão abdominal com dor difusa à palpação. Analises: leucocitose, neutrofilia e PCR elevada. TC-CE: ´multiplas lesões sugestivas de metastização...´EDA: ´..neoplasia infiltrativa do esofago´. Biópsia: carcinoma epidermoide pouco diferenciado´. TC de estadiamento: plurimetastização, pulmonar, hepática, renal, ganglionar, parede abdominal e óssea. Após discussão multidisciplinar, optou-se por medidas paliativas (radioterapia holocraniana, dexametasona, endoprótese esofágica e quimioterapia (QT)paliativa). O agravamento clínico rápido impossibilitou a QT. Faleceu ao 28º dia de internamento por complicações sistémicas. CONCLUSÕES: Perante manifestações clínicas inespecíficas e contexto de risco, deve equacionar-se o diagnóstico diferencial de CE. Sublinha-se a importância de vigiar o status neurológico de doentes com CE pelo risco, apesar de extremamente raro, de metastização cerebral. É fulcral uma avaliação e decisão multidisciplinar concertadas.

PO-05-47

COMPRESSÃO MEDULAR POR DOENÇA ONCOLÓGICA

João Vasco Barreira, Sara Marote, Joana Ferrão, Sara Santos, Diego Carrasco, Catarino Patrício
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

Discussão de caso clínico com o intuito de promover a reflexão sobre compressão medular. CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 59 anos, natural de Angola, com antecedentes de hipertensão arterial, neoplasia da mama direita em 2002, pT2pN2M0, RE 80%; RP 75%. Realizou mastectomia, quimioterapia adjuvante, hormonoterapia durante 6,5 anos, supressão ovárica com goserrelina. Follow-up com doença estabilizada até 2015. Em Outubro de 2015 recorreu ao SU por dorsalgia de agravamento progressivo com um mês de evolução, com alívio temporário com recurso a analgesia. Ao exame objetivo apresentava défices sensoriais e dor (EN:7/10) ao nível de D1-D7, diminuição da força nos membros inferiores, alodínia e hiperalgesia. Realizou RMN coluna que mostrava infiltração vertebral de D1 a D4. Iniciou tratamento com dexametasona ev e opióides. Foi observada pela neurocirurgia, excluindo-se indicação cirúrgica. Manteve tratamento analgésico, corticoterapia (15 mg/dia), com desmame durante 20 dias. Iniciou 2º linha de hormonoterapia com intuito paliativo e bisfosfonato. Cumpriu radioterapia sobre a coluna dorsal (D1-D4) e foi referenciada para os cuidados paliativos, beneficiando de apoio multidisciplinar. Foi solicitada ortótese cervico-dorsal, assistindo-se a adaptação gradual da mesma. Teve alta ao 63º dia de internamento para o domicílio. CONCLUSÃO: A compressão medular é definida como compressão do saco dural e seus componentes por pressão direta e/ou indução de colapso vertebral/ instabilidade por extensão de lesões malignas, causando dor ou potencialmente perda irreversível da função neurológica. É uma emergência médica, que, se não abordada corretamente, tem impacto na qualidade de vida. Neste caso, cabe destacar a importância de adoptar uma abordagem holística, com grande relevo ao acesso à reabilitação especializada e transição para os cuidados em casa.

PO-05-48

ABORDANDO O GÂNGLIO DE VIRCHOW

Maria Ana Canelas, Carina Silva, Luís Andrade, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Na abordagem das adenopatias é fundamental apreciar as suas características que podem sugerir, desde logo, a sua possível etiologia. Relatamos o caso de homem de 67 anos, fumador (150 UMA), admitido em internamento por quadro de 3 meses de evolução de lombalgia mecânica, intermitente, intensa (8/10), com agravamento progressivo, não controlada com analgesia ambulatorial, astenia, anorexia e perda ponderal de cerca de 8Kg neste período. Objetivamente: adenopatia supraclavicular esquerda, com cerca de 2cm, de consistência dura, aderente aos planos profundos e indolor à palpação. Patente anemia normocítica/hipocrómica, trombocitose, velocidade de sedimentação de 120mm, fosfatasa alcalina > 500U/mL e CEA > 300U/mL. Excluídas causa infeciosa e auto-imune, foi efetuada excisão ganglionar, e endoscopia digestiva alta (EDA), esta sem alterações. A colonoscopia mostrou apenas diverticulose cólica; A infiltração de todos os corpos vertebrais evidentes no estudo tomográfico, foi confirmado por RMN, com características metastáticas. O estudo por Tomografia por emissão de positrões não revelou nenhum foco sugestivo de neoplasia primária. A histologia ganglionar identificou metástese de adenocarcinoma de "células em anel de sinete". Decidido repetir EDA, que confirmou a presença de abaulamento da parede gástrica ao nível do antro por compressão extrínseca. O doente foi apresentado em grupo oncológico, tend sido proposto para quimioterapia paliativa. Dada a rápida evolução da doença, acabou por falecer 4 meses após o diagnóstico, sem ter iniciado tratamento. O gânglio de Virchow está claramente associado a envolvimento por neoplasias abdominais e pélvicas, sendo a mais comum a gástrica. A biópsia excisional é a melhor forma de diagnóstico. Com este caso pretende-se alertar para a necessidade de uma rápida intervenção diagnóstica.

PO-05-49

DA LIPOTIMIA AO TUMOR DIGESTIVO

Miguel Morgado, Amanda Rey, Helena Vilaça, Anabela Brito, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araujo, Manuel Barbosa, Lourdes Vilarinho, Ana Paula Brandão
UNIDADE LOCAL SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Os tumores neuroendócrinos (NETs) são relativamente raros, são um grupo heterogêneo de tumores que têm apresentação clínica tardia e com grande variedade. Mais de 60% dos NTEs estão avançados no momento do diagnóstico e a sobrevida média para doentes com NET avançado é 33 meses. Apresento o caso de uma mulher de 83 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e acidente vascular cerebral isquémico. Desloca-se ao serviço de urgência por lipotimia, acabando por ser internada para estudo de anemia e dor abdominal inespecífica com alterações do trânsito intestinal (períodos de diarreia) com 2 meses de evolução. No estudo durante o internamento a tomografia abdomino-pélvica mostra densificações nodulares hipercaptantes no fígado, supra renal e região anexial; exames endoscópicos sem alterações. Biópsia hepática sugestiva de tumor neuroendócrino bem diferenciado (grau II). Cromogranina A e ácido 5-hidroxi-indolacético com valores elevados. Realiza tomografia por Emissão de Positrões (PET) que mostra foco hipercaptante na transição corpo/cauda do pâncreas sugestivo de neoplasia primitiva, metastização óssea, ganglionar e hepática. Por apresentar doença metastática difusa iniciou terapêutica com análogo da somatostatina que é a terapêutica standard em NETs funcionantes de qualquer dimensão sem indicação para tratamento local. A doente mantem-se em tratamento 19 meses após diagnóstico.

PO-05-50

A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE AVC DE CAUSA PARANEOPLÁSICA

Ana Novo, Maria João Tavares, Gonçalo Castelo Branco, Sandra Barbosa, Helena Sarmento, Jorge Cotter
HOSPITAL DE GUIMARÃES

Doente de 50 anos, operário fabril, fumador, sem antecedentes conhecidos. Internado por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média esquerda (Oxfordshire TACi) com sequelas de afasia e hemiparesia direita grau 4/5. Do estudo realizado destaca-se: perfil lipídico normal, marcadores viricos, serologias e auto-imunidade negativa, estudo de trombofilia sem alterações, ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem alterações, holter/24h com ritmo sinusal. A angioressonância cerebral mostrou apenas sequelas do enfarte isquémico. O ecodoppler carotídeo revelou oclusão da artéria carótida interna esquerda e estenose sub-oclusiva 90% da artéria carótida interna direita. Orientado para consulta de Cirurgia Vascular. Três meses após o internamento iniciou um quadro de tosse seca e hemoptises. A tomografia computorizada (TC) do tórax mostrou processo expansivo do hilo direito com 4 cm que condicionava amputação do brônquio e colapso do lobo inferior direito. O estudo dirigido mostrou tratar-se de uma neoplasia pulmonar (carcinoma epidermóide) estadio IV com metastização óssea difusa. Doente de 60 anos, reformado, fumador, sem antecedentes relevantes, internado por AVC isquémico (Oxfordshire TACi) com sequelas de hemiparesia esquerda. O estudo etiológico não revelou alterações. O doppler carotídeo mostrou oclusão carotídea direita. Dois meses após o internamento iniciou quadro de astenia, emagrecimento superior a 10% do peso corporal e melenas. Exame físico revelou pele e mucosas descoradas, aspeto emagrecido, massa palpável no epigastro e hepatomegalia não dolorosa. Analiticamente apresentava anemia (hemoglobina 7.6g/dL) microcítica/hipocrómica, disfunção hepatocelular com gama glutamil transferase 961 UI/L (N 5-85) e fosfatase alcalina 1001 UI/L (N 45-117), creatinina 2.1 mg/dL e acidose metabólica. A TC abdomino-pélvica mostrou metastização hepática difusa e o estudo endoscópico revelou neoplasia gástrica ulcerada.

PO-05-51

UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

Patrícia Serpa Soares, Joana Lima, Maria João Jervis, Ana Maria Grilo, José Reina, José Vaz
SERVIÇO DE MEDICINA I, SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL – HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

As neoplasias do intestino delgado são raras, representando cerca de 3% de todos os tumores gastrointestinais, e de apresentação clínica variável e inespecífica. Descreve-se o caso de uma doente de 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia e doença ulcerosa péptica, observada em consulta por queixas de saciedade precoce, vómitos de conteúdo alimentar, perda ponderal e dor abdominal localizada ao flanco esquerdo. Ao exame objectivo salientava-se massa dura 2x2cm no flanco esquerdo do abdómen e adenopatia supraclavicular esquerda. Marcadores tumorais e TC-TAP sem alterações. Fez EDA com diminuição da motilidade esofágica, estômago com conteúdo alimentar de difícil progressão para o duodeno, corpo e antro de aspecto marmoreado, piloro deformado; duodeno com bulbo deformado, edema e hiperémia da mucosa e preenchido com conteúdo alimentar sólido progredindo com dificuldade, sem estenose. Biópsias gástricas a favor de gastrite reactiva antral. Medicada com inibidor da bomba de protões e procinético, com melhoria transitória. Por reaparecimento do quadro foi internada e realizado trânsito esofagogastroduodenal que revelou distensão das ansas duodenais até ao ângulo de Treitz, onde se definia zona de estenose irregular com 3cm, colocando a hipótese de lesão orgânica; repetiu EDA da qual se destacou na transição D3/D4 mucosa congestionada e infiltrada condicionando estenose não franqueável circunferencial; biópsias inconclusivas. Encaminhada para consulta de Cirurgia Geral, submetida a resseção segmentar de delgado com entero-enterostomia mecânica; anatomia patológica revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado do intestino delgado, linfangioses carcinomatosas e invasões vasculares. Orientada para consulta de decisão terapêutica. Salienta-se a importância de uma elevada suspeita clínica, mesmo na presença de exames complementares inconclusivos, uma vez que o diagnóstico atempado é de extrema relevância no prognóstico.

PO-05-52

UM CASO DE PARAPLEGIA

Joana Oliveira, Ana Reis, Diana Repolho, Sara Freitas, Bárbara Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Reportamos o caso de um homem, natural da Guiné, 43 anos, em Portugal há 15 anos, admitido por lombalgias, obstipação e paraplegia dos membros inferiores. Tinha história de lombalgia moderada, sem história de queda ou traumatismo, com cerca de 7 meses de evolução. Ao exame objetivo estava vigil, orientado, sem alterações na auscultação cardio-pulmonar, hepatomegália palpável, paraplegia, sem outros défices neurológicos associados. A tomografia computorizada (TC) e ressonância magnética dorso-lombar revelaram fratura patológica de D8 com infiltração intracanalar e compressão medular, pelo que foi submetido a laminectomia, artrodese e vertebroplastia, sendo o estudo histológico da massa compatível com metástase de carcinoma. Do estudo realizado para identificação do tumor primário, e tendo por base a hepatomegália apresentada, a avaliação analítica mostrou padrão de citocolestase, alfa fetoproteína elevada (3679.6 ng/mL) e estudo viral apenas compatível com infecção crónica a vírus da hepatite B, sendo a beta-HCG negativa. A Ecografia abdominal confirmou uma hepatomegália heterogénea, multinodular, com nódulo dominante ocupando parte do lobo esquerdo e volumosas adenomegálias do hilo e tronco celíaco. A TC tóraco-abdomino-pélvica revelou nódulos pulmonares bilaterais a favor de depósitos secundários. Fígado com incontáveis nódulos hipodensos formando volumoso aglomerado no lobo esquerdo, sugerindo metastização extensa e adenomegálias celíacas formando aglomerado junto ao hilo hepático. Ecografia escrotal sem alterações. A biópsia hepática confirmou o diagnóstico de carcinoma hepatocelular, em estadio IV e com indicação apenas para terapêutica paliativa. Este é um caso que ilustra a agressividade da neoplasia hepática, chegando rapidamente a estadios avançados, com apresentações clínicas e imagiológicas tão exuberantes mesmo em pleno século XXI.

PO-05-53

NEM TUDO O QUE É CÓLICA, É CÁLCULO

Inês Mourato Nunes, Ana Lopes, Maria Joana Alvarenga, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA 1, HOSPITAL EGAS MONIZ, CHLO

Homem de 45 anos, ex-fumador de 20 UMA. Observado por quadro com 1 mês de evolução de lombalgia à direita com irradiação para o flanco, de intensidade forte mas autolimitada acompanhada de polaquiúria, náuseas e 1 episódio de vómito. Sem febre, calafrios, disúria ou hematúria. Sem alterações no exame objectivo, nomeadamente Murphy renal negativo bilateralmente. Dos exames complementares realizados salienta-se: LDH 1509U/L; Ecografia/TC Abdominal com "volumosa lesão ocupando espaço na loca da glândula supra renal direita, com cerca de 116x70x65cm de maiores diâmetros, heterogénea, com áreas quísticas, que molda o parênquima hepático superior e externamente e o rim na sua vertente superior e interna. Coexiste com adenopatias intercava-aórtica com 50x33mm, quística adjacente ao hilo renal com 46 x 26mm e, em topografia lombo aórtica, várias, de pequenas dimensões. Esta lesão traduz provável lesão proliferativa primitiva da glândula supra renal não sendo possível excluir metastização." A radiografia de tórax mostrou nódulo único, sem calcificações, de contornos bem definidos, no LSD com cerca de 3 cm; pelo que realizou broncofibroscopia e lavado bronco-alveolar sem alterações. Foi feita biopsia guiada por TC da lesão pulmonar (inconclusiva) e punção aspirativa de adenomegália lombo aórtica (compatível com metástase de ADC produtor de muco). A PET revelou múltiplas adenopatias retro-esofágicas e foco no cólon esquerdo (colonoscopia mostrou divertículos e pólipo - adenoma tubular com displasia de baixo grau com pedículo livre). A EDA mostrou gastropatia não erosiva. Fez laparotomia exploradora para a realização de biopsia da suprarenal direita e de adenopatia lombo aórtica direita cujo resultado histológico foi: metástase ganglionar e metástase suprarenal de adenocarcinoma produtor de muco, com áreas de células em anel de sinete. A apresentação atípica, tipo cólica renal, de neoplasia metastizada, torna interessante a discussão de um caso, em que nem tudo o que parece é.

PO-05-54

RETENÇÃO URINÁRIA, FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE UM SARCOMA PLEOMÓRFICO

Inês Carrilho de Oliveira, Andrea Castanheira, Dora Lameiras Xete, Cátia Raquel Loureiro, Manuela Zita Veiga, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL - SERVIÇO DE MEDICINA I

A retenção urinária ocorre por inúmeras causas sendo a obstrução, por patologia tumoral, uma delas. Os sarcomas são neoplasias raras no adulto(menos de 1% das neoplasias), sendo os tumores retro-retais ainda mais raros(1/40000 internamentos em grandes centros de referência)e habitualmente diagnosticados em fases avançadas. Mulher, 81 anos, caucasiana, com história de leucemia mielomonocítica crónica em vigilância, depressão major, hipertensão arterial e dislipidémia. Admitida na urgência por dor e distensão abdominal acompanhada de oligúria, perda involuntária de urina e obstipação. Da observação destacava-se uma distensão abdominal marcada, tendo sido algaliada com saída de 1,6L de urina. Analiticamente apresentava um aumento da creatinina, sem aumento dos parametros inflamatórios e com um exame sumário da urina sem alterações. Internada no serviço de medicina para vigilância. Durante o internamento foi detectada uma massa pélvica que comprimia a parede posterior do reto. Realizou uma TC abdomino-pélvica complementada por RMN que revelaram uma volumosa massa na cavidade pélvica com invasão e destruição óssea do sacro e que condicionava uma compressão marcada dos órgãos da cavidade pélvica. No sentido de se obter um diagnóstico histológico, discutiu-se o caso com a cirurgia geral, radiologia e gastrenterologia optando-se por uma biópsia ecoendoscópica trans-rectal cujo exame anatomo-patológico revelou achados compatíveis com um sarcoma pleomórfico, com evidência de metastização óssea na cintigrafia posteriormente realizada. A ecoendoscopia baixa é um exame com alguma complexidade técnica, primariamente utilizado para estadiamento de tumores retais. A sua utilização para biópsias diagnósticas é reservada a situações pontuais(irressecabilidade cirúrgica ou de difícil acesso por outros métodos), sendo rara a sua utilização com esta finalidade. Discute-se um caso clínico com uma etiologia, modo de apresentação e método de diagnóstico pouco comum na prática clínica.

PO-05-55

ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO MULTILOCULADO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

Rui Terras Alexandre, Carla Madureira Pinto, Romeu Pires, Eugénia Parreira
ULS NORDESTE - UH BRAGAÇA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem,87 anos,autónomo,hipocoagulado por FA, admitido por quadro com 15 dias de tosse produtiva,agravamento padrão dispneia habitual,toracalgia direita pleurítica e febre.Associa perda ponderal com meses de evolução.Assumida sépsis grave pulmonar com DMO,boa resposta clínica à terapêutica,sem isolamento etiologico.Faz TAC que documenta nódulos hepáticos e nódulos pulmonares bilaterais,sugestivos de metastização.Prossegue investigação exaustiva para neoplasia primária oculta.Do estudo,destaca-se em RMN ´marcada heterogeneidade do parenquima hepático,com áreas hipocaptantes e de limites mal definidos,compatíveis com abcesso hepático,com áreas de liquefação e bolhas gasosas,dispersas por vários segmentos em ambos os lobos hepáticos´.Fez punção aspirativa,com isolamento de Citrobacter freundii.Fez ciclo de antibioterapia e repetiu punção da maior lesão,cuja anatomia patológica e imunocitoquímica apontou para carcinoma hepatocelular(CHC). Os casos de CHC que se apresentam inicialmente sob a forma de abcesso hepático piogénico são muito raros(cerca de 2% dos casos de CHC)e de mau prognóstico,sendo difícil o diagnóstico diferencial entre ambos e,por isso,desafiante.O abcesso hepático piogénico está associado a patologia coexistente em até 42% dos casos,obrigando,assim a investigação etiológica apurada,além da terapêutica de suporte.

PO-05-56

QUANDO A DOR NÃO PASSA.

Catia Cabral, Ana Lages, Rosário Araújo
HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: Os tumores da bainha nervosa são tumores derivados da crista neural, apresentando, portanto, origem neuroectodérmica. Os tumores da bainha nervosa podem acometer qualquer nervo que apresente bainha de mielina, sendo mais frequentes nas extremidades e no tronco, e raramente ocorrendo na região cervical. Metodologia: Sexo masculino, 53 anos, antecedentes de gastrite, hepatite B curada, com queixas de emagrecimento (4kg num ano), obstipação , 2 episódios de síncope, dores abdominais. Por persistência das queixas ao longo de 11 meses realizou TC abdominal, no médico de família, que revelou adenopatias retroperitoniais para estudo. Sem outras queixas nomeadamente febre, sudorese nocturna, alterações respiratórias, gastro-intestinais ou urinárias, atralgias, fenómenos de Raynaud, azia, afrontamento. Nega perdas hemáticas visíveis. Nega massas palpáveis. Resultado: Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou novo tomografia computorizada (TC) do abdómen: Fígado com múltiplos e pequenos cistos biliares e também formações nodulares hipodensas cujo comportamento é compatível com a presença de hemangiomas. Adenopatias relativamente volumosas no retroperitoneu superior e uma na cavidade pélvica, visualizando-se espessamento difuso das paredes do cólon transverso, compatível com processo neoformativo a esclarecer por colonoscopia." Colonoscopia: Hemorróides grau I, sem outras alterações. Realizou biopsia por TC de adenopatia retroperitoneal que permitiu o diagnóstico de tumor das bainhas nervosas. Por manter queixas de desorientações e novo episódio de síncope realizou ressonância magnética (RM) cerebral que revelou 2 imagens nodulares sugestivas de metástases com possível remoção proposto para cirurgia. Conclusões: O prognóstico destes doentes é mau dada a grande recorrência local e metastização. Os sintomas foram inespecíficos e foram os achado ocasionais na TC abdominal que permitiram prosseguir o estudo e chegar a um diagnóstico.

PO-05-57

UMA FORMA DE MANIFESTAÇÃO RARA DE SÍNDROME DE TROUSSEAU – RELATO DE CASO

Ivo Cunha, Sara Castelo Branco, Joana Simões, Eduardo Eiras, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A associação entre doença neoplásica e fenómenos tromboembólicos foi descrita pela primeira vez por Armand Trousseau em 1865. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 52 anos, fumadora, com antecedentes de anemia microcítica, sem estudos endoscópicos prévios por recusa da doente, que recorreu ao SU por parestesias no membro superior esquerdo com 1 hora de evolução. TC cerebral demonstrou hipodensidades focais direitas sugestivas de sequelas isquémicas recentes, ECG em ritmo sinusal e hemoglobina de 7.6g/dL. A doente recusou transfusão sanguínea e teve alta contra parecer médico. Na madrugada do mesmo dia regressou ao SU por dor na mão direita com cianose do 3º e 4º dedos. O ecodoppler arterial do membro superior não mostrou alterações tendo sido internada para estudo. Sob hipocoagulação com enoxaparina, apresentou melhoria da dor e cianose dos dedos, com estudo analítico negativo para causas trombóticas. Realizou ecocardiograma TT e TE que excluiu trombos intracavitários e imagens sugestivas de vegetações e angioTC supra-aórtico também sem alterações. Realizado TC toracoabdominopélvico, que revelou espessamento parietal concêntrico da região do antro e piloro que se confirmou por endoscopia digestiva alta ser muito sugestiva de neoplasia do antro gástrico. Histologicamente identificou-se um adenocarcinoma tubular intestinal. A doente foi submetida a gastrectomia subtotal e quimioterapia adjuvante. Apresenta-se o caso de uma doente com fenómenos tromboembólicos arteriais no contexto de neoplasia gástrica, sendo a forma mais rara de manifestação do síndrome de Trousseau. Os autores pretendem salientar que a hipercoagulabilidade neoplásica nem sempre se manifesta sob a forma de tromboembolismo venoso. O tratamento consiste na hipocoagulação e tratamento da neoplasia subjacente. Permanece a dúvida se se deverá rastrear neoplasias ocultas em doentes com eventos tromboembólicos, após excluídas as causas mais frequentes.

PO-05-58

NEOPLASIAS SÍNCRONAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Énia Ornelas, Inês Henriques, Maria do Céu Dória
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO DA FONSECA, EPE

Descrevemos o caso de um homem de 78 anos, com três neoplasias primárias múltiplas (NPM) simultâneas (pulmão, cólon e macroglobulinemia de Waldenström). A incidência de NPM varia entre 0.7 a 11.7%. Com o aumento da esperança média de vida tem-se dado maior atenção ao tema, estimando-se que cerca de 10% de todos os doentes oncológicos sejam afectados por mais do que uma neoplasia primária. O doente apresentou-se no Serviço de Urgência com quadro consumptivo com dois meses de evolução, acompanhado de diarreia desde há um ano. Da avaliação analítica realizada destacava-se anemia ferropénica, citocolestase hepática e lesão renal aguda. Na radiografia de Tórax apresentava derrame pleural bilateral pelo que realizou toracocentese (inconclusiva) e Tomografia computorizada (TC) de Tórax que mostrou nódulo suspeito de atipia no lobo inferior direito. Na broncofibroscopia visualizavam-se sinais indirectos de neoplasia e através de biópsia transtorácica obteve-se o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. No decorrer do estadiamento desta neoplasia, realizou TC abdomino-pélvica que descreveu lesão neoformativa na sigmoideia, confirmada por colonoscopia e cuja anatomia patológica revelou tratar-se de adenocarcinoma do cólon. Por apresentar um pico monoclonal na região gama da electroforese das proteínas realizou imunofixação de electroforese que revelou gamapatia monoclonal IgM Lambda. A biópsia óssea mostrou infiltração medular por linfócitos pequenos e plasmócitos, compatível com macroglobulinemia de Waldenström. O doente foi encaminhado à consulta de Cirurgia tendo sido submetido a sigmoidectomia, com estadiamento cirúrgico pT3 pN0, sem indicação de quimioterapia adjuvante. Encontra-se actualmente em seguimento na consulta de Oncologia, com plano de excisão cirúrgica do nódulo pulmonar (em estadiamento). O doente apresentado demonstra a importância de estarmos despertos para as NPM, pois o seu diagnóstico precoce é certamente um factor chave no prognóstico destes doentes.

PO-05-59

MAIS DO QUE UMA DOR DE GARGANTA

Sofia Salvo, Vítor Freitas, Inês Santos, Madalena Lisboa
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, CHLC, SERVIÇO DE MEDICINA 2.1

A etiologia da trombose da veia jugular interna (VJI) é diversificada, podendo estar associada a infecções dos tecidos locais, ao abuso de drogas injectáveis, complicações relacionadas com dispositivos intravasculares ou no contexto de neoplasia. Apresenta-se o caso de um homem, de 36 anos, previamente saudável, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por odinofagia e tumefacção cervical lateral esquerda, dolorosa, com poucos dias de evolução. Analiticamente destacava-se uma elevação dos parâmetros inflamatórios e uma anemia ferropénica. Realizou ecografia das partes moles do pescoço que revelou trombose da VJI esquerda. O restante estudo efectuado durante o internamento, incluindo endoscopia alta, conduziu ao diagnóstico de um adenocarcinoma gástrico (T4 N3 Mx). O doente iniciou anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e foi orientado para consulta de cirurgia e oncologia para inicio de tratamento. Este caso mostra uma forma de apresentação inicial, rara, de uma neoplasia distante. A ocorrência de fenómenos trombóticos, deve exigir um elevado nível de suspeita clínica, mesmo em doentes sem factores de risco aparentes.

PO-05-60

ASCITE E CARCINOMA DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

Vanessa Ventura Vieira, Carolina Ormonde, Luís Dias, Clara Paiva
HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Existem 3 vias pelas quais a Carcinomatose Peritoneal pode ocorrer, sendo a invasão local a mais frequente. A via hematogénea (tumores do pulmão)

e linfática são vias muito menos frequentes de disseminação neoplásica. Os autores apresentam um caso de um doente com carcinoma de não pequenas células do brônquio, cujo uma das manifestações foi de ascite por carcinomatose peritoneal. Métodos: Revisão bibliográfica e de caso. Resultado: Homem de 58 anos, fumador (100 UMA), com quadro com 5 meses de evolução de emagrecimento progressivo (cerca de 20 Kg) , tosse com expectoração hemoptoica e aumento progressivo do volume abdominal, recorre ao SU por obstipação e dor abdominal com 5 dias de evolução. Ao Exame objectivo: TA 80/40 mmHg, FC 80 bpm, apirético, semiologia de ascite. Na radiografia torácica: opacidade homogénea no lobo superior do pulmão direito. Sem alterações sugestivas de patologia aguda na radiografia abdominal. TC tórax e Abdómen: Massa no lobo superior do pulmão direito, metástases pulmonares, hepáticas e esplénicas. Analiticamente: Hb 11.8 g/dL, Leuc 11530/uL, 80.8% Neutrófilos, PCR 102 mg/dL, sem outras alterações. É internado para estudo e controlo de sintomatologia. Realiza Paracentese diagnóstica e evacuadora, cujo exame bioquímico revelou tratar-se de exsudado e na pesquisa de células neoplásicas: carcinoma de não pequenas-células. Realiza também Broncofibroscopia que revela: carcinoma de não pequenas células do brônquio. Dado o Performance Status de 4, sem indicação para Quimioterapia, acabando por vir a falecer 3 semanas após o internamento. Conclusão: Este caso ilustra o facto de que na Oncologia nem tudo é o que parece. Pela sintomatologia este doente aparentava ter uma Neoplasia do trato gastro-intestinal, mas após os exames complementares de diagnóstico, chegou-se à conclusão tratar-se de um tumor pulmonar em estadio avançado e sem indicação para tratamento curativo.

PO-05-61

SÍNDROME CARCINOIDE - FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TUMOR CARCINOIDE DO PULMÃO

José Pereira, Tânia Sales Marques, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luis Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A síndrome carcinoide (SC) é uma constelação de sintomas associados a doentes com metástases de um tumor carcinoide (TC). É caracterizado por: diarreia, flushing da face e por vezes por insuficiência cardíaca e broncospasmo. A SC apresenta-se em menos do que 10% dos doentes com TC. Apresentamos o caso de um homem de 74 anos de idade com história de neoplasia do pulmão direito (tumor carcinoide) com metastização hepática e óssea múltipla. Internado por quadro de diarreia aquosa, dor abdominal, perda de peso e anorexia, associado a eritema facial. Ao exame objetivo apresentava eritema com calor da face, pescoço e tórax bem como hepatomegalia e dor à palpação abdominal no hipocôndrio direito. Analiticamente a destacar leucocitose de 26.200/uL com neutrófilia de 88.8%, creatinina 2.06mg/dL, Bilirrubina total 2.17mg/dL, AST 138U/L, ALT 89U/L, GGT 476U/L, Lipase 132. Ecografia (ECO) renal com aspetos sugestivos de nefropatia medica e quistos bilaterais. ECO abdominal mostrando hepatomegalia com metastização hepática sem outras alterações relevantes. Assim foi assumido síndrome carcinóide em doente com TC do pulmão, apresentando valor de cromatogranina A superior a 3000 e ácido 5-hidroxindolacético de 89.9mg. Em regime de internamento iniciou terapêutica aguda com corticóides evoluindo favoravelmente. Após alta foi medicado inicialmente com Sandostatina, tendo esta terapêutica sido alterada para Octreotido que o doente tem cumprido desde então com boa resposta clínica. Na SC é importante o tratamento atempado, pois este não só prolonga a vida dos doentes como regride os sintomas melhorando muito a qualidade de vida, podendo ser a forma de apresentação de tumor carcinoide do Pulmão.

PO-05-63

QUANDO O CORAÇÃO FALA MAIS ALTO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA!

Rafael Nascimento, Sofia Nóbrega, João Freitas, Dina Santos, Maria Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS – SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: Um caso atípico de neoplasia oculta do pulmão. Material e Métodos: Os autores apresentam o caso de um homem com 70 anos e história de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que deu entrada no Serviço de Urgência (SU) devido a um quadro de tosse com expetoração mucopurulenta e farfalheira com uma semana de evolução. À entrada, o homem apresentava-se dispneico com sibilos e roncos dispersos nos hemitoraces. Analiticamente observou-se um aumento dos parâmetros de fase aguda (PFA) e a telerradiografia do tórax revelou uma hipotransparência heterogéna na base direita. Foi internado, verificando-se ao sétimo dia de antibioterapia uma melhoria dos PFA. Contudo, a telerradiografia de controlo mostrou um novo derrame pleural à direita, cuja terapia diurética não reverteu. No seguimento, o doente apresentou agravamento do quadro clínico com hipotensão e dor na região epigástrica. Do exame objetivo destacava-se dor com defesa à palpação da região epigástrica, hepatomegalia com bordo duro palpável e edema dos membros inferiores. Foram colhidas análises que evidenciaram: i) aspartato e alanina aminotransferases de 1664/1378; ii) desidrogenase lática de 1926. Pelas hipóteses de diagnóstico de isquémia da artéria mesentérica ou insuficiência cardíaca aguda, o doente foi transferido para o SU. A Tomografia Axial Toraco-Abdominal revelou um derrame pericárdico extenso, derrame pleural direito e atelectasia do lobo inferior direito. Realizou pericardiocentese de urgência com estabilização do doente. A subsequente toracocentese diagnóstica com biopsia pleural revelou presença de células gigantes malignas. Pela ausência de exposição a asbestos e amianto bem como de imagens compatíveis com mesotelioma, admitiu-se tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão. O doente faleceu após 25 dias de internamento. Conclusão: Os autores realçam o papel do Internista no diagnóstico de uma etiologia rara de emergência médica, mascarada por uma patologia comum numa enfermaria de medicina interna

PO-05-64

MIOPATIA INFLAMATÓRIA COMO FORMA APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Inês Henriques Ferreira, Ana Rita Costa, João Maia, Ana Campar, Teresa Mendonça, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

Os autores apresentam o caso de um homem de 54 anos, consumo activo excessivo de etanol (>80g/dia), sem outros antecedentes de relevo, que recorre por quadro sugestivo de infeção vírica da via aérea superior e instalação nas 3 semanas subsequentes de mialgias generalizadas, fadiga e fraqueza muscular predomínio proximal, discretamente assimétrica, com incapacidade funcional marcada e rabdomiólise exuberante (creatinaquinase total 24407U/L; mioglobina 2264ug/L, desidrogenase do lactato 880U/L e aldolase 82U/L). Electromiografia compatível com miopatia inflamatória com envolvimento proximal, velocidade de hemossedimentação de 54mm e proteína C reactiva 30mg/L. Efectuado estudo extenso com serologias víricas e auto-anticorpos que foi negativo. Endoscopia digestiva alta com lesão exuberante, ulcerada da incisura gástrica, anatomo-patologia compatível com adenocarcinoma gástrico. Sem evidência de outras lesões ou doença à distância em tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica. Assim, assumimos miopatia inflamatória como quadro de apresentação de adenocarcinoma gástrico o que se trata de entidade raramente descrita na literatura. O doente iniciou corticoterapia 1mg/Kg/dia com boa resposta e recuperação força muscular grau 5 em todos os segmentos. Encontra-se actualmente a aguardar cirurgia.

PO-05-65

TIMOMA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Mota, Conceição Ferreira, Carlos Oliveira
HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR EPE - BARCELOS

As neoplasias do timo são entidades raras com uma incidência de 1.7 casos/milhão/ano, dentro destes o timoma é a entidade mais frequente. Aparecem tipicamente entre os 40 e os 70 anos com incidência igual em ambos os sexos. Embora alguns pacientes sejam assintomáticos, outros apresentam-se com tosse toracalgia e dispneia. A resseção completa é o tratamento de eleição, pondendo estar indicada quimioterapia ou radioterapia adjuvante. A sobrevida global aos 5 anos varia entre 90 e 25% para o estadio I e o estadio IV respectivamente. Os autores apresentam o caso de uma doente de 66 anos, com antecedentes de hiperuricemia medicada. Recorreu ao Serviço de Urgência

com um queixas de toracalgia à esquerda com irradiação para o ombro esquerdo, com 6 meses de evolução e perda ponderal 2Kg no último mês. A tomografia computorizada (TC) torácica revelou massa ovoide com 7.5x5 cm no mediastino antero-superior, à esquerda da linha média com densidade de tecidos moles e calcificações periféricas. TC pescoço e abdomino-pélvico, ecografia tiroideia e ecocardiograma transtorácico não revelaram alterações. Realizou biópsia torácica guiada por TC, a histologia foi compatível com timoma tipo B1. A doente foi submetida a timectomia alargada, objetivando-se intra-operatoriamente invasão pericárdica, o que corresponde a um estadio III Masaoka-Koga. Os autores apresentam o caso com o intuito de destacar o diagnóstico de uma patologia rara, com bom prognóstico nos estadios iniciais da doença, sendo primordial o seu diagnóstico precoce.

PO-05-66

MUITO MAIS QUE UM AVC

Márcia Mendonça Souto, Inês Soares, Fernanda Linhares,
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO – UNIDADE DE CHAVES

O acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado pelo início súbito de um défice focal neurológico. Apresentamos o caso de um homem de 70 anos com hábitos tabágicos passados e antecedentes de hipertensão arterial, AVC isquémico sem sequelas limitantes e doença aterosclerótica periférica grave com colocação de bypass aortiliaco bilateral dois meses antes deste internamento. Deu entrada no serviço de urgência com disartria e hemiparesia esquerda de predomínio braqueal, com algumas horas de evolução. Efetuou tomografia axial computorizada crânio encefálica que revelou hipodensidade corticossubcortical frontal esquerda, compatível com lesão isquémica aguda em território da artéria cerebral média. Foi observado por neurologia, tendo ficado internado ao cuidado da Medicina Interna. No estudo complementar verificou-se lesão pulmonar para-hilar anterior à direita com 6cm de diâmetro, suspeita de neoplasia. Perante esta evidência realizou-se broncofibroscopia em que a histologia do escovado brônquico foi compatível com carcinoma epidermoide e realizou-se ressonância magnética cerebral que evidenciou presença de duas lesão ocupantes de espaço, uma na região fronto pariteo temporal esquerda e outra de menores dimensões na região frontal direita, compatíveis com metástases. Com este caso, os autores, alertam para os diagnósticos diferenciais de AVC e pretendem por em causa as limitações dos exames auxiliares de diagnóstico, realçando a importância da história clínica.

PO-05-67

BASES CIENTIFICAS QUE APOIAM O RASTREIO MAMOGRÁFICO OPORTUNISTA DO CANCRO DA MAMA EM MULHERES COM MAIS DE 70 ANOS.

Liliane Pereira Brito, Maria-Concepción Agras, Maria-Angeles Alvarez, Margarita Cueto, Manuel Alvarez, Maria-Emilia Cortizo, Sabela Iglesias, Corbillon Angeles, Maria-Concepción Garrido, Jorge Cameselle, Luis Meleiro, Fernando Scmitt.
CENTRO DE SALUD DE CORUXO- VIGO - ESPANHA

Objetivos: investigar a mortalidade atribuível à comorbilidade e/ou ao próprio cancro da mama (CM) e estabelecer um rastreio estratégico do CM em mulheres idosas. Métodos: Estudo de caso-controle. Amostra de casos: 705 mulheres >= 70 anos. Índices de actividades básicas e instrumentais da vida diária foram calculadas. Procedeu-se a comparaçao à comparaçao da sobrevivência global (42 meses = 3.5 anos). Doentes de CM: 343 mulheres >= 70 anos. programa estatístico SPSS-15.0 para Windows: teste do ´qui-quadrado´ ou teste exato de Fisher, teste de ´t-student´ ou ´ANOVA´. A análise de sobrevivência: Método de Kaplan-Meier y teste de Log Rank. Resultados: Confirma-se que o risco de CM aumenta com a idade e este aumento é mantido entre as idades avançadas. CM em mulheres mais velhas: baixas taxas de CM in situ e nenhuma melhoria na sobrevivência. Conclusoes: Recomendamos o rastreio mamográfico oportunista cada dois anos e exame clínico anual a todas as mulheres assintomáticas entre os 70 e 85 anos, totalmente independentes ou com uma ligeira dependencia.

PO-05-68

UMA MARCHA DOLOROSA

Mónica Mata, Sérgio Borges, Filipa Amorim, Ivone Barracha, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRA; SERVIÇO DE MEDICINA B

Homem, 57 anos, admitido no serviço de urgência em setembro de 2015 por perda ponderal superior a 10%, associada a cansaço fácil e marcha dolorosa. Antecedentes Pessoais: HTA. Antecedentes Familiares: Mieloma Múltiplo e Neoplasia sólida na família (avô, pai e 2 irmãos). Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido (IMC=20), palidez da pele e mucosas, sem outras alterações relevantes. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destacavam-se: Anemia normocítica e normocrómica, ureia 115mg/dL, creatinina 3,7mg/dL, Calcemia corrigida 12,8mg/dL; VS de 100mm/h; pico monoclonal evidenciado em eletroforese de proteínas, com Imunoglobulina G de 6000mg/dL, e cadeias leves Kapa séricas de 7900mg/dL e urinárias de 2,18mg/dL; Radiografia do esqueleto com lesões osteolíticas no crânio e ossos longos; a Tomografia Computorizada da coluna revelava lesões osteolíticas sugestivas de Mieloma Múltiplo. Realizou Mielograma que revelou medula hipercelular por hiperplasia da série granulocítica e biópsia óssea a confirmar Mieloma Múltiplo IgG K. Os autores apresentam o caso clínico salientando o caráter hereditário de algumas neoplasias bem como da fisiopatologia a ela inerente.

PO-05-69

DA DIPLOPIA À NEOPLASIA

Lilian Sousa, Cátia Santos, Susana Cunha, João Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ. SERVIÇO DE MEDICINA II

Os autores apresentam o caso de um homem de 61 anos, hipertenso e fumador, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de cefaleias occipitais com irradiação frontal e diplopia, com 1 semana de evolução. Ao exame neurológico (EN) apresentava movimentos com enotropia do olho esquerdo, diplopia horizontal. Foram realizadas AngioTC e AngioRM cerebrais, que não mostraram alterações de relevo. Posteriormente realizada punção lombar, com identificação de hipertensão intracraniana. Teve alta medicado com corticoterapia em desmame e acetazolamida, com indicação para oclusão alternada dos olhos, orientado para consulta de neurologia. Regressou ao SU 3 semanas depois por dor abdominal difusa em contexto de consumo de produto de ervanária, referindo ainda dor de características neuropáticas do membro superior direito. Ao exame objectivo ressalta-se hepatomegalia ligeira e lesão nodular cervical posterior esquerda com cerca de 1.5cm diâmetro, dura, dolorosa e móvel. EN com diplopia, estrabismo convergente; limitação na abdução do olho direito e olho esquerdo com ptose parcial e adução incompleta. Repetiu RM cerebral, que revelou volumosa lesão expansiva da sela turca e realizou cintigrama ósseo que mostrou metastização óssea múltipla. A radiografia do torácica revelou lesão nodular, posteriormente confirmada por TC torácico lesão sólida 35x29mm. Foi realizada broncofibroscopia com biópsia, sendo a histologia compatível com tumor neuro-endócrino. A biópsia do nódulo cervical permitiu o diagnóstico de neoplasia maligna neuroendócrina, com características de carcinoma de pequenas células. O Carcinoma de pequenas células do pulmão é um carcinoma neuroendócrino e a forma mais agressiva de cancro pulmonar. Tem um comportamento agressivo, com crescimento rápido e metastização precoce, estando frequentemente associado a síndromes paraneoplásicos. A maioria dos doentes (60-70%) são diagnosticados numa fase avançada da doença.

PO-05-70

COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO EM DOENTE PORTADOR DE VHB

Lilian Sousa, Joana Monteiro, Susana Cunha, António Antunes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ. SERVIÇO DE MEDICINA II

O Colangiocarcinoma (CC) é a mais comum neoplasia maligna das vias biliares. Apenas 6-8% dos CC são intra-hepáticos. O CC intra-hepático é a segunda

causa mais comum de neoplasia maligna hepática primária (10-20%), apenas precedido do carcinoma hepato-celular. A sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Devido à ausência de sintomas precoces e ao seu comportamento agressivo, o diagnóstico é difícil e o prognóstico reservado. O tratamento passa pela hepatectomia parcial, contudo com altas taxas de recorrência. Existe uma associação entre o VHB e o VHC e a colangiocacinogénese, em particular do CC intra-hepático. Os autores descrevem o caso de um homem de 73 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes, portador de VHB, referenciado a consulta de Medina Interna por emagrecimento e epigastralgia. Do estudo analítico ressalta-se trombocitopenia 88000/µl, com coagulação e provas hepáticas normais. Realizou ecografia abdominal e TC abdominal que mostraram lesão hepática de 5.6 cm no segmento V. A biópsia guiada por TC foi sugestiva de colangiocarcinoma. Foi considerado não ter indicação para transplante devido à idade, tendo sido efectuada bisegmentectomia hepática V-VI, tendo o resultado histológico confirmado colangiocarcinoma.

PO-05-71

NEM TUDO O QUE PARECE É…

Cristina Lameirão Gomes, Sara Raimundo, Helena Santos Gonçalves, Paulo Carrola, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A particularidade deste caso baseia-se na presunção de um possível diagnóstico, que após ter ser excluído, houve necessidade de fazer uma recapitulação de toda a história clínica, exame físico e exames complementares. Caso clínico: Mulher, de 70 anos, com antecedentes de valvuloplastia aórtica e portadora de pacemaker. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para pequenos esforços, febre, astenia e anorexia. Apresentava insuficiência respiratória (pO2/FiO2 271), aumento dos parâmetros inflamatórios e da desidrogenase láctica e, na radiografia do tórax constatou-se derrame pleural de moderado volume à direita. Efetuada toracocentese diagnóstica compatível com exsudado com citologia negativa para células malignas. Do estudo etiológico realizado destacam-se serologias víricas negativas, broncofibroscopia sem alterações com negatividade para micobactérias. A tomografia tóraco-abdómino-pélvica evidenciava um espessamento do plano cutâneo/subcutâneo da mama direita, com suspeita clínica de carcinoma inflamatório da mama e múltiplas adenomegalias mediastínicas, a sugerir eventuais metástases. Colocada como hipótese mais provável a neoplasia maligna da mama. Submetida a biópsia mamária e ganglionar, cujo diagnóstico histológico foi compatível com mastite, sem envolvimento neoplásico. Dada a negatividade dos achados prosseguiu investigação: eletroforese com presença de pico monoclonal de imunoglobulina M, aumento de beta2-microglobulina e imunofenotipagem linfocitária sem aspetos sugestivos de doença linfoproliferativa. Efetuada biópsia excisional de gânglio cervical, cuja histologia foi compatível com linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), estadio IV. Foi transferida para o Serviço de Hematologia onde iniciou quimioterapia sistémica. Conclusão: Este caso clínico pretende reforçar a importância da pesquisa exaustiva do diagnóstico e a necessidade de avaliar de forma crítica todos os resultados que nos vão surgindo ao longo da investigação do doente.

PO-05-72

EDEMA FACIAL E LABIAL - NÃO ESQUECER O SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR!

Miriam Cimbron, Alexandra Carreiro, Paula Macedo, Carlos Pavão, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) resulta da obstrução do fluxo sanguíneo na VCS por trombose, compressão extrínseca ou invasão direta. Traduz-se por edema e pletora facial de predomínio matinal, dispneia, edema cervicofacial e dos membros superiores e aparecimento de circulação colateral torácica. Entre 73 a 97% dos casos associa-se a processos malignos intratorácicos. Caso Clínico: Mulher de 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial medicada com amlodipina, indapamida e perindopril. Sem alergias conhecidas. Internada para estudo de quadro com 4 meses de evolução de edema da face e dos lábios inicialmente de predomínio matinal e posteriormente mantido e associado a edema do pescoço e dos membros superiores, dispneia de agravamento progressivo em particular com o decúbito e aparecimento de cianose labial e pletora facial com a flexão anterior da cabeça. Nos 2 meses precedentes recorreu ao serviço de urgência tendo sido medicada com anti-histamínico, sem melhoria; realizou estudo alergológico em consulta de imunoalergologia (negativo) e foi observada em consulta de cardiologia tendo realizado ecocardiograma transtorácico (normal) e suspendido a amlodipina, sem efeito. Negava perda ponderal, febre, diaforese ou prurido. No internamento realizou tomografia computorizada cervical, torácica e abdominal que evidenciou massa do mediastino anterior heterogénea com 9x6,6cm; trombose de toda a veia jugular interna, do tronco braquicefálico esquerdo e da VCS e adenomegálias das cadeias jugulares internas, supraclaviculares e axilares. Realizou biópsia da massa por mediastinostomia paraesternal cujo exame anátomo patológico revelou linfoma de grandes células B primário do mediastino, tendo iniciado corticoterapia sistémica e foi referenciada para a Hemato-Oncologia. Conclusão: Salienta-se a SVCS como manifestação de doença intratorácica maligna e a importância de caracterizar e integrar a sintomatologia referida pelos doentes.

PO-05-73

PNEUMONIA QUE SE TRANSFORMOU NUMA NEOPLASIA.

Albina Moreira, Adriana Monteiro, Sara Camões, Bruno silva, Artur Oliveira Silva, Adelina Pereira, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

A pneumonia é um diagnóstico frequente nas enfermarias de medicina. No entanto, as adenopatias no retroperitoneu exigem uma intensa investigação diagnostica. Homem de 65 anos de idade recorreu ao serviço de urgência por síndrome febril associado a prostração, dejecções líquidas, náuseas e vómitos. À admissão apresentava discurso lentificado, sub febril, diminuição do murmúrio vesicular na base direita, abdómen sem massas e indolor à palpação. Analiticamente: lesão renal aguda, elevação proteína C reactiva, sem alterações do perfil hepático, insuficiência respiratória hipoxémica. Tomografia computorizada toraco-abdominal mostrou broncopneumonia no lobo médio e inferior direito; múltiplas lesões nodulares hepáticas suspeitas com um padrão em alvo. Massa de contornos irregulares, localizada inferiormente ao pâncreas. Iniciou tratamento com antibioterapia empírica e foi internado. O doente apresentou boa evolução clínica e analítica com resolução da Pneumonia (sem isolamento de agente). Sem queixas que justificassem as alterações imagiológicas a nível abdominal. Repetiu reavaliação imagiológica (após 10 dias de antibioterapia): Lesão lobulada (64x22 mm) ecograficamente sugestiva de lesão neoformativa do retroperitoneu e lesões hepáticas sugestivas de metástases. Citologia da massa retroperitoneal mostrou tumor muscular com diferenciação lisa. Biópsia de lesão hepática compatível com por leiomiossarcoma. Tomografia por emissão e positrões mostrou neoplasia maligna mesentérica e metástases hepáticas. Doente avaliado em Consulta de Oncologia Médica - sarcomas proposto para tratamento com quimioterapia. Os sarcomas são neoplasias com origem no tecido conjuntivo. Os sarcomas retroperitoniais constituem cerca de 10-15% de todos os sarcomas, sendo o tipo histológico mais frequente o leiomiosarcoma. Os sintomas estão relacionados com a compressão/invasão de órgãos adjacentes. Apresenta-se este caso clínico pelo desafio diagnóstico e pela baixa frequência desta patologia.

PO-05-74

QUADRO CONSTITUCIONAL E EDEMAS PERIFÉRICOS, QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?

Albina Moreira, Sara Castelo Branco, Eduarda Ruiz Pena, Maria Fátima Magalhães, Adelina Pereira, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

As neoplasias podem ter várias formas de apresentação, sendo um diagnóstico essencial descartar nos quadros constitucionais. Apresenta-se o caso de uma mulher de 83 anos, internada, por quadro de anorexia, astenia, emagrecimento

não quantificado, edemas periféricos e prurido generalizado com 2 meses de evolução. À admissão encontrava-se emagrecida, mucosas pálidas. Desconforto nos quadrantes superiores do abdómen à palpação. Sem adenopatias periféricas palpáveis. Analiticamente: anemia, elevação de LDH; hipoproteínemia e hipoalbuminemia. Raio X do tórax: com derrame pleural direito. Ecografia abdominal: volumosa massa retroperitoneal adenopática (16x 12 cm) envolvendo em manga os vasos retroperitoneais. Tomografia cervicotoracoabdominal: múltiplas adenopatias cervicais e mediastínicas. Massa volumoso muito heterogénea, rodeando os grandes vasos retroperitoneais e mesentéricos. Nódulos hepáticos hipodensos heterogéneos sugestivos de lesões metastáticas, múltiplos nódulos no baço. Dadas estas alterações e o quadro clínico, colocada a hipótese de linfoma. Líquido pleural compatível com exsudado, imunofenotipagem mostrou células de linfoma B de células de tamanho intermédio (CD5-, CD10-). Biópsia de gânglio cervical: linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). A doente iniciou tratamento com quimioterapia (QT) com boa evolução clínica e tolerância. O LDGCB é o subtipo histológico mais comum (cerca de 25%) dos linfomas não Hodgkin (LNH) nos adultos. Este linfoma é bastante heterogéneo em termos de morfologia, genética e comportamento biológico. A gestão terapêutica dos linfomas em adultos mais idosos pode ser complicada pelas múltiplas co-morbidades. Nos adultos acima dos 65 anos está definido que devem fazer terapêutica nas mesmas doses e cronologia que os adultos mais jovens e deve ser ajustada dose e timing de QT consoante a tolerância. O caso clínico salienta e necessidade de diagnóstico atempado para o correcto tratamento , mesmo em idades avançadas.

PO-05-75

ASCITE E EDEMAS DOS MEMBROS INFERIORES - UMA CAUSA RARA

Ana Bravo, Cláudia Neves, Alexandra Gaspar, Marta Gonçalves, Helena Estrada, Elisabete Margarido, Miguel Valente
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CHLC, MEDICINA 2.1

Em 4 a 7% das neoplasias, a doença pericárdica é a primeira manifestação sob a forma de derrame pericárdico ou pericardite, sendo a neoplasia do pulmão a origem mais comum. Clinicamente é mais frequente o derrame pericárdico, com ou sem tamponamento. A citologia do liquido pericárdico tem elevada sensibilidade, sendo que um resultado negativo não exclui o diagnóstico e um positivo é factor preditivo de mau prognóstico. Apresenta-se o caso de um homem de 61 anos com antecedentes de hipertensão arterial, claudicação intermitente, hábitos tabágicos e alcoólicos. Desde há 15 dias referia edema dos membros inferiores, náuseas, dor abdominal e cansaço para esforços. À observação destaca-se hepatomegália dolorosa e membros inferiores com edema bilateral. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, disfunção renal e citocolestase hepática. A ecografia abdominal mostrou ascite moderada e hepatomegália e o eco-doppler dos membros inferiores com doença arterial ateromatosa obliterativa grave, sem alterações venosas. Pedida TC toraco-abdomino-pélvica: sem tromboembolismo pulmonar, mas com volumoso derrame pericárdico, derrame pleural bilateral, adenopatias mediastínicas e lesão pulmonar sólida no lobo inferior direito. Submetido a pericardiocentese com drenagem de liquido hemático com características de exsudado e exames directo e cultural negativos. Doseamento de marcadores tumorais com elevação do CYFRA 21.1 e NSE e broncofibroscopia com achados inflamatórios inespecíficos e lavado broncoalveolar sem células neoplásicas. Somente a citologia do liquido pericárdico foi positiva para células neoplásicas, a favor de carcinoma de não pequenas células – adenocarcinoma de provável origem pulmonar. O prognóstico depende do tumor primário, estadiamento e sensibilidade ao tratamento, mas está associado a uma sobrevida média curta.

PO-05-78

INFECÇÃO POR VÍRUS DE EPSTEIN-BARR E LINFOMA NÃO HODKING EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Felipe Gamboa, André Goulart, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPIRÍTO DA ILHA TERCEIRA.

O Vírus de Epstein-Barr (EBV) é um dos vírus humanos mais comuns, infectando mais de 90% da população adulta. Em alguns doentes, o equilíbrio entre a replicação do EBV, sua latência e controlo imunitário pode ser alterado, levando a proliferação de linfócitos infectados por EBV e à sua transformação maligna. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 82 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por disgeusia com agravamento no último mês, cansaço fácil, ortopneia e dor torácica que aliviava com o repouso. O exame objectivo não se identificou alterações relevantes. Analiticamente apresentava hemograma sem alterações, LDH 1458 U/L, VS 61 mm/h, electroforese de proteínas com elevação da fracção alfa-2. Serologia para EBV com IgM positiva, polimerase chain reaction de EBV negativa. O electrocardiograma e a ecocardiografia transtorácica não apresentavam alterações. Realizou endoscopia digestiva alta, onde se identificou gastrite crónica com actividade moderada e presença de Helicobacter pylori, e colonoscopia onde se identificou adenoma tubular com displasia de baixo grau a nível do recto. Em TC toraco-abdomino-pélvica foi identificado conglomerado adenopático no mediastino anterior e adenopatias paratraqueais direitas, tendo-se realizado biopsia dirigida que revelou a presença de Linfoma Não-Hodgkin de células B. A infecção por EBV encontra-se mais frequentemente associada a linfomas não-Hodgkin em doentes imunodeprimidos. Este caso é relevante pela presença de infecção recente a EBV numa doente imunocompetente, com diagnóstico concomitante de doença linfoproliferativa habitualmente associada à referida infecção em doentes imunodeprimidos.

PO-05-79

COMPLICAÇÕES MULTISSISTÉMICAS DE RECIDIVA TUMORAL EM DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO - DIFICULDADES DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Elsa Meireles, Luís Teles, Sandra Moreira, Manuela Alves
CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As síndromes paraneoplásicas resultam de efeitos sistémicos não-metastáticos de produtos tumorais ou da resposta imunológica aos mesmos. Quando são a primeira manifestação do tumor, o seu diagnóstico pode ser atrasado e dificultado por comorbilidades e complicações de tratamentos concomitantes. Mulher de 78 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do cego em remissão há 4 anos e lúpus eritematoso sistémico também em remissão. Foi internada por quadro de pneumonia adquirida na comunidade, tratada com amoxicilina/clavulanato. Durante o internamento desenvolveu trombose esplénica; anemia hemolítica com características autoimunes e microangiopáticas, associada a trombocitopenia grave autoimune. O estudo da coagulação, incluindo fibrinogénio, estudo auto-imune (anticorpos antifosfolipídeos e anti dsDNA), função renal, hepática e nível de ADAMTS13 foram normais. Perante a possibilidade de síndrome de Evans foi iniciada corticoterapia e imunoglobulina com resposta. Teve alta sob corticoterapia. Dois meses depois foi internada por quadro subagudo de polirradiculoneuropatias sensitivomotoras raquidianas e cranianas. A electromiografia não mostrou alterações. A TC torácica revelou 2 formações pulmonares sugestivas de neoformação, não passíveis de diagnóstico histológico e a RM cerebral evidenciou lesão temporal hipercaptante. A PET revelou captação nas formações anteriores, assim como no cólon descendente, admitindo-se o diagnóstico de recidiva de neoplasia do cólon, metastizado. Analiticamente apresentou recorrência da anemia e trombocitopenia, citólise hepática e serologias IgM positivas para CMV. A anemia hemolítica autoimune, a púrpura trombocitopénica trombótica e as neuropatias são fenómenos paraneoplásicos bem conhecidos, embora a sua apresentação simultânea não tenha sido ainda documentada. Neste caso, a etiologia das polirradiculoneuropatias não é clara, podendo resultar da infecção por CMV e/ou de fenómenos autoimunes desencadeados pela infecção ou pela neoplasia.

PO-05-80

METASTIZAÇÃO CUTÂNEA COMO PRIMEIRO SINAL DIAGNÓSTICO

Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Joana Serôdio, João Costelha, Miguel Morgado, Marta Pereira, Vítor Costa, António Ferro, Paula Brandão
HOSPITAL CONDE BERTIANDOS, SERVIÇO MEDICINA 2 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

A metastização cutânea (MC) resulta da infiltração de células malignas na pele por via hematogénica ou linfática. As manifestações cutâneas são diversas (pápulas, nódulos ou úlceras). Estima-se que a MC apresente uma frequência de 1 a 10%, sendo a neoplasia da mama responsável por 30% dos casos. O caso clínico retrata uma doente do sexo feminino de 73 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Sem hábitos alcoólicos e tabágicos. Na consulta de Medicina Interna, a doente referiu 4 lesões em pápula eritemato-violácea, localizadas na região axilar e inframamária direita e periumbilical com 1 ano de evolução, as quais após aplicação de terapêutica tópica com antifúngico e corticosteroides não evidenciaram melhoria. Mencionou, ainda, astenia, anorexia e perda ponderal (16.7% do peso corporal), desde há cerca de 5 meses. Ao exame objetivo observado as lesões em pápula. À palpação mamária foi notado um nódulo com, aproximadamente, 2 cm no quadrante infero-externo da mama esquerda, sem adenopatias palpáveis. Dada a suspeita de MC por neoplasia da mama foi realizada biópsia cutânea que confirmou infiltração por carcinoma da mama. A ecografia mamária mostrou lesão nodular com cerca de 2 cm no quadrante infero-externo da mama esquerda. A biópsia da lesão confirmou carcinoma lobular infiltrante, grau II de Bloom (T3; P2; M1), sem outros locais de metastização à distância. A doente foi orientada para consulta de grupo oncológico, tendo sido realizada mastectomia e radioterapia adjuvante. Conclusão A MC por neoplasia maligna interna é relativamente incomum na prática clínica, mas torna-se importante a sua perceção, pois apresenta-se como um sinal de diagnóstico de neoplasia. O seu reconhecimento precoce pode levar a um diagnóstico preciso e rápido, e a tratamento oportuno. No entanto, um elevado índice de suspeição é necessário, uma vez que os achados clínicos podem ser subtis.

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — LCD #6

PO-06-02

POLIMIOSITE/DERMATOMIOSITE - PENSAR NO RASTREIO ONCOLÓGICO

Maria Margarida Robalo, Joana Sotto Mayor, Ana Paula Pacheco, Sofia Esperança
HOSPITAL DE BRAGA

Mulher, 53 anos. Eritema papular não pruriginoso no dorso do nariz e em "V" na região anterior do tronco, pápulas e máculas violáceas em ambos os membros superiores e eritema no joelho direito, associados a diminuição da força da cintura escapular. No internamento, desenvolveu heliotropo fruste e lesões de poiquilodermia. Enzimas de lise muscular aumentadas. Por critérios clínicos e analíticos sugestivos de Polimiosite/Dermatomiosite (PM/DM), realizou eletromiografia-"características miopáticas, possíveis no contexto de dermatomiosite" e biópsia muscular-"miopatia inflamatória". Prosseguiu estudo com ecocardiograma e endoscopia digestiva alta - sem alterações relevantes. Iniciou Prednisolona 1mg/Kg com melhoria clínica e analítica significativa. Em regime de consulta, completou estudo com provas de função respiratória-síndrome obstrutivo das pequenas vias aéreas; TAC torácica, ecografia da tiróide, mamografia, citologia do colo do útero e colonoscopia-sem alterações. Fator anti-nuclear positivo (1:160), com anticorpos anti-antigénios nucleares solúveis negativos. Manteve corticoterapia e iniciou Azatioprina. Por exacerbações da doença, fez ciclos de imunoglobulina humana por 6 meses. Um ano após o episódio inicial, nódulo suspeito na mama direita e adenopatia axilar em ecografia mamária. Histologia-carcinoma ductal invasor. Exames de estadiamento sem doença metastática. Foi submetida a tumorectomia e quimio, radio e hormonoterapia adjuvantes. A PM/DM são miopatias inflamatórias idiopáticas que se caracterizam por fraqueza muscular proximal e elevação sérica das enzimas musculares esqueléticas. Têm maior prevalência no sexo feminino. A maioria dos doentes responde ao tratamento com corticoterapia sistémica e imunossupressores. A associação entre PM/DM e cancro é bem conhecida, sendo mais evidente e com pior prognóstico na DM. Deve ser feito rastreio neoplásico inicial em todos os doentes, mas não existe consenso acerca do valor de exames de rastreio subsequentes.

PO-06-03

TUBERCULOSE E SÍNDROME DE SJÖGREN: O OVO E A GALINHA

Teresa Tavares, Rute Ferreira, João Pinto, Rui Môço
HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA (DIRETOR DE SERVIÇO - DR. ANTÓNIO FURTADO)

As doenças autoimunes provocam uma desregulação da imunidade aumentando risco de infeções como a Tuberculose (TB). A própria TB associa-se ao aparecimento de auto-anticorpos, como o fator reumatóide (FR), anticorpos anti-nucleares (ANA) e anti SS-A. Estudos confirmam a associação entre TB e Síndrome de Sjögren (SS). Apresenta-se o caso de uma mulher de 34 anos, com quadro de tosse seca e astenia há mais de 9 meses, refratária a vários antibióticos, anti-histamínicos e inibidor da bomba de protões. Diagnosticada TB pulmonar (padrão radiológico sugestivo e exame micobacteriológico cultural de lavado bronco-alveolar positivo, com sensibilidade a todos os anti-bacilares testados) e foi iniciado tratamento anti-bacilar (HRZE). Passados 3 meses desenvolve disfonia e tem episódio de parotidite esquerda, que melhorou com anti-inflamatório não esteróide. Ao fim de 9 meses de terapêutica (com resolução imagiológica e exames culturais negativos), mantinha tosse seca e astenia sobreponíveis e referia xerostomia com meses de evolução. Desenvolvimento parotidite contralateral, com necessidade de antibiótico e corticóide. Analiticamente mantinha velocidade de sedimentação (VS) aumentada, com proteína C reativa negativa. O estudo imunológico mostrou títulos elevados de anti SS-A, SS-B, ANA e FR e negatividade para anti-dsDNA e anti-histona. A ecografia cervical mostrou marcada heterogeneidade sugestiva de inflamação crónica nas glândulas parótidas e submandibulares. O teste de Schirmer foi positivo e a biópsia de glândulas salivares mostrou focos de sialoadenite linfocítica. Diagnosticado SS, que justifica a persistência da sintomatologia e VS elevada. Iniciou hidroxicloroquina, com melhoria sintomática. Com este caso pretende-se alertar para a possibilidade de SS em doentes com TB respiratória (e vice-versa) e para a dificuldade no diagnóstico diferencial. Discute-se a pertinência de excluir TB respiratória nos doentes com SS, em países com elevada prevalência desta infeção.

PO-06-04

UMA CAUSA RARA DE ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO

Jana Zelinová, Gustavo Carvalho, Guiomar Peres, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS

Introdução: A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma doença rara, caracterizada por hemólise microangiopática, agregados plaquetários na microcirculação e trombocitopenia. Duas vezes mais comum no sexo feminino, manifesta-se em qualquer idade, sem causa específica identificável na maioria das vezes. Caso Clínico: Homem de 73 anos, com história de hipertensão arterial, hiperuricemia e polimialgia reumática, tendo suspendido corticoterapia há 2 anos por estabilidade clínica. Foi admitido no Serviço de Medicina por bicitopenia (anemia e trombocitopenia) e lesão renal aguda de etiologia a esclarecer, tendo-se decidido reinstituir corticoterapia (metilprednisolona 40mg/dia). Ao 5º dia de internamento observou-se quadro súbito de afasia, hemiparésia e parésia facial central direitas pelo que é ativada via verde AVC. Contudo, verificou-se rápida e espontânea recuperação, sem alterações imagiológicas, pelo que se admitiu acidente isquémico transitório. Da avaliação laboratorial destacava-se anemia hemolítica com hemoglobina 7,9g/dL, reticulócitos 6,1%, LDH 1200UI/L, trombocitopenia 11mil/mcL e lesão renal aguda com creatinina 1,42mg/dL e ureia 74mg/dL. Atendendo as alterações hematológicos e défices neurológicos foi colocada a hipótese de diagnóstico de PTT. Neste contexto efetuou estudo morfológico do sangue periférico que mostrou presença de esquizócitos. O teste de Coombs foi negativo. Do restante estudo complementar destacava-se ainda baixa atividade de ADAMTS-13 (3%)

com presença de anticorpos anti-ADAMTS-13 elevados. Não foi identificado fator etiológico. Foi instituída plasmaferese com melhoria progressiva do quadro clínico. Conclusão: Os autores apresentam um caso clínico raro, especificando as principais formas de apresentação da doença, os métodos de diagnóstico mais relevantes e terapêutica adequada; Pretende-se a familiarização com este tipo de patologia por forma a um diagnóstico mais precoce com intervenção terapêutica mais eficaz.

PO-06-05

KIKUCHI E LÚPUS: QUE FRONTEIRAS?

Milton Camacho, Inês Nogueira Fonseca, Afonso Nunes Ferreira, Teresa Rodrigues, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA I

A doença de Kikuchi (DK) é caracterizada por linfadenite histiocítica necrotizante. É uma causa rara de linfadenopatia, geralmente benigna e auto-limitada. A sua etiologia é multifactorial e associa-se a patologia autoimune, como o lúpus eritematoso sistémico (LES), o que justifica que seja um diagnóstico de exclusão. Caso clínico: Mulher de 36 anos, melanodérmica, com traço de drepanocitose, internada por poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações, alopécia, queilite, xeroftalmia, xerostomia, xerose cutânea, amenorreia e síndrome consumptiva com seis meses de evolução, sem qualquer terapêutica. Na admissão estava febril. Dos parâmetros inflamatórios, a destacar: elevação da velocidade de sedimentação (101mm/h), dissociada da proteína C reactiva (5mg/dL). O estudo da imunidade mostrou: ANA 1/320, padrão homogéneo; anti-dsDNA de 288.4UI/mL, consumo de C3 e C4 no limite inferior. Elevação de cistatina-C (1.22ng/L). Proteinúria de 2.4g/24h. Foi excluída neoplasia sólida e doença linfoproliferativa, tuberculose e infecção viral activa, apenas com cicatriz imunológica para EBV e HSV-1. O eixo endócrino era normal e não havia alterações imagiológicas hipofisárias. A cintigrafia e biópsia de glândula salivar eram compatíveis com Sjögren em classe III de Schall. A biópsia renal mostrou Glomerulonefrite necrosante com crescentes e depósitos de C1, C3, C4, IgG e IgM. Assim, a doente reunia critérios LES com Sjögren secundário e iniciou corticoterapia com boa evolução clínico-laboratorial. Entretanto, o exame anatomo-patológico da biópsia ganglionar axilar documentou gânglio linfático com aspectos de linfadenite dermatopática e proliferação local de células blásticas T e histiocitárias, compatível com DK, ao contrário do que seria expectável no LES (clonalidade B). Este caso recorda-nos que a patologia imune não tem fronteiras delineadas, sendo o seu diagnóstico um acto dinâmico e mutável dentro de um vasto espectro.

PO-06-06

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE (SPA) TIPO III – CASO CLÍNICO

Joana Pereira, Ana Ribeiro, Patrícia Lourenço
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Os SPA são um distúrbio raro que afeta,pelo menos,2 glândulas endócrinas.O diagnóstico de SPA tipoII exige a presença de insuficiência adrenal.No SPA tipoIII há associação entre tiroidite autoimune(a.i.)e outras doenças a.i. órgão-específicas sem envolvimento da glândula supra-renal. CASO CLÍNICO:Homem,47anos,alopécia desde os 6.Sem hábitos tabágicos/alcoólicos.Astenia com 2 semanas de evolução. Sem anorexia/febre/perdas hemáticas.Hemodinamicamente estável,pele/mucosas pálidas e ictéricas,sem outras alterações.Análises:anemia macrocítica(Hg6.8g/dL,VGM109fL),leucopenia3.19x10^9/L,trombocitopenia111x10^9/L,bilirrubina total 2.30mg/dL(fração directa 0.53mg/dL),DHL8000U/L,Coombs directo negativo.Diagnosticada anemia megaloblástica por défice de vitamina B12-níveis plasmáticos<83ng/L,esfregaço sangue:macroovalócitos,neutrófilos hipersegmentados.Ácido fólico/ferro normais.Suplementada vitaminaB12-normalização da DHL,redução da hemólise e recuperação gradual das contagens celulares.Endoscopia digestiva alta:gastrite crónica atrófica,sinais de actividade,metaplasia intestinal.Anticorpos(atc)antifactor intrínseco positivos(+),atc anticélulas parietais negativos(-)–Anemia Perniciosa.Atc antitiroideus+.Função tiroideia inicialmente normal;2anos após-hipertiroidismo(TSH0.02UI/mL,T4 2.11ng/dL);ecografia:tiroidite.Controlo com metibasol dose baixa.Sem evolução para eu/hipotiroidismo.Atc antireceptor TSH+;cintigrafia tiróide:hipercaptação difusa–Doença de Graves.Sem oftalmopatia.Terapia com iodo radioactivo-eutiroidismo posterior.Diagnóstico de Diabetes mellitus 3anos após apresentação inicial.Atc antiGAD+,atc antiinsulina-.PeptídeoC 4.95ng/mL.Bom controlo apenas com metformina.Sem hipocortisolismo(cortisol8:00h 19.7g/dL),PTH30.2pg/mL.DISCUSSÃO:Em até 25% dos doentes com alteração da função de 1 glândula endócrina pode haver associação com outros distúrbios glandulares.É importante ter em conta o risco de envolvimento glandular múltiplo na avaliação de doentes com endocrinopatia a.i.

PO-06-07

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – RELATO DE CASO

Sofia Pinto Correia, Paulo Coelho, Rute Lopes Caçola, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite inflamatória sistémica que surge em idosos, podendo cursar com complicações sistémicas, neurológicas e oftalmológicas. A sintomatologia reflecte o envolvimento da artéria temporal e inclui alterações visuais, cefaleias e claudicação da mandíbula. Apresenta-se o caso de um homem de 84 anos com antecedentes de cardiopatia valvular grave, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia com um quadro com 3 semanas de evolução de cefaleia holocraneana com irradiação mandibular, diminuição progressiva da acuidade visual mais acentuada à esquerda com episódio de amaurose fugaz e anorexia com perda ponderal. Apresentava pulsos temporais palpáveis e não dolorosos, anisocoria (midríase à esquerda), alterações da campimetria de confrontação e edema do disco óptico à esquerda com atrofia coriorretiniana difusa. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica "de novo", leucocitose, proteina C reactiva e velocidade de sedimentação (VS) elevadas, electroforese de proteínas com pico policlonal alfa 1 e 2 e beta e estudo imunológico negativo (FR, ANA, ANCA, anti-dsDNA, anti-citrulina). O ecodoppler cervical identificou ao nível das artérias temporais zonas com discretas áreas parietais hipoecogénicas. A biópsia da artéria temporal demonstrou lesões de arterite com destruição da lâmina elástica interna e infiltrado linfohistiocitário. Iniciou na admissão corticoterapia empiricamente, com descida dos marcadores inflamatórios, resolução da cefaleia e anorexia, mantendo as alterações visuais descritas à admissão. A ACG deve ser considerada no diagnóstico diferencial de cefaleia inaugural após os 50 anos. Com o tratamento adequado o prognóstico é geralmente favorável. As alterações visuais são comuns e podem ser temporárias ou permanentes, embora a cegueira seja uma complicação rara. Os factores de risco para progressão dos défices visuais apesar da corticoterapia são a idade avançada, VS elevada e edema do disco óptico.

PO-06-08

INFECÇÃO E AUTO-IMUNIDADE HEPÁTICA: UM CASO CLÍNICO

Emanuel Filipe Araújo, Filipe Martins, Filipa Silva, Joana Pereira, Edite Pereira, Carlos Dias
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

A hepatite auto-imune (HAI) é uma doença progressiva cujo diagnóstico se baseia em critérios clínicos, bioquímicos e histológicos. Acredita-se que os doentes com infecção por vírus da hepatite B ou C podem desenvolver HAI, principalmente os infectados com o vírus C, não estando ainda os mecanismos deste fenómeno totalmente esclarecidos. Em relação à hepatite B, a literatura é escassa na sua associação com auto-imunidade hepática, apesar da presença de auto-anticorpos ser frequente, em cerca de 15%. O caso clínico apresentado refere-se a uma mulher de 47 anos, seguida em consulta de Medicina Interna, com infecção crónica por vírus da hepatite B, assintomática e cujo estudo histológico do fígado revelou alterações inflamatórias compatíveis com processo auto-imune do fígado ou vias biliares (colangite linfocítica), corroboradas com positividade para anticorpos anti-nuleares e anticorpos anti-músculo liso que se

sabe estarem envolvidos na doença hepática auto-imune. Pretende-se exemplificar um caso em que a infecção, por um agente que afecta predominantemente o fígado, possa ter desencadeado um quadro de auto-imunidade nesse órgão.

PO-06-09

CASO CLÍNICO: VASCULITE ANCA DUPLAMENTE POSITIVA SECUNDÁRIA AO PROPILTIOURACILO

Joana Dinis, Nuno Gaibino, Daniel Gomes, Iolanda Godinho, Anabela Oliveira
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA I - SECTOR C

A Vasculite induzida por fármacos (VIF) é clínica, laboratorial e histopatologicamente idêntica a outras vasculites pelo que é frequentemente subdiagnosticada. Apresentamos o caso de homem, de 85 anos, autónomo, com Doença de Graves sob Levotiroxina e Propiltiouracilo (PTU) desde há 2 anos. O doente foi enviado ao Serviço de Urgência por lesão renal aguda (LRA) detetada em avaliação analítica de rotina (Creatinina 8,2 mg/dL), sem sintomas ou alterações à observação. O estudo analítico foi compatível com Glomerulonefrite, tendo consumo de C3, sedimento urinário com eritrocitúria e proteinúria na faixa nefrítica. As serologias virais, o doseamento de crioglobulinas, as hemo e uroculturas, a imunofixação sérica e urinária foram negativos. A ecografia renal não mostrou alterações. Foi pedido painel imunológico e realizada biópsia renal (BxR). O doente realizou Tomografia Computorizada torácica e Broncofibroscopia com exclusão de síndrome pulmão-rim. O PTU foi suspenso e, dada a ausência de recuperação da LRA, foi necessário iniciar Hemodiálise (HD). O doente iniciou corticoterapia (CT) com metilprednisolona (1 g/dia) e posteriormente prednisolona (1 mg/Kg/dia), enquanto aguardava pelo restante estudo, pela suspeita de doença imunomediada. A BxR revelou glomerulonefrite focal e segmentar necrosante. O estudo de auto-imunidade revelou c-ANCA e p-ANCA positivos, confirmando o dignóstico de Vasculite ANCA duplamente positiva secundária ao PTU. O doente manteve CT, fez plasmaferese e, posteriormente, pulsos de ciclofosfamida. Dada a idade do doente e as iatrogenias desenvolvidas, sem recuperação da função renal, optou-se pela suspensão da terapêutica imunomoduladora e o doente manteve-se sob HD. O PTU é o fármaco mais frequentemente associado a formação de ANCA, com desenvolvimento de vasculite em raros casos. Existe ainda controvérsia quanto à terapêutica imunossupressora desta entidade, sendo que esta deve ser personalizada para cada doente, como se evidencia neste caso.

PO-06-10

PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN – UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM

Jorge Henriques, Joana Pires, Margarida Eulálio, Pires Geraldo, Eliana Araújo, Rosa Jorge
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA – UNIDADE DE AVEIRO

INTRODUÇÃO: A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite sistémica leucocitoclástica de pequenos vasos caracterizada pela deposição tecidular de imunocomplexos IgA. Atinge sobretudo a pele, as articulações, o trato gastrointestinal e os rins. Comum em idade pediátrica, é infrequente na idade adulta (menos de 10% dos casos). A ocorrência de complicações é mais frequente no adulto. CASO CLÍNICO: Homem de 65 anos com artrite das tibiotársicas, dos joelhos e dos punhos, associada a lesões purpúricas nos membros e região abdominal, com 2 dias de evolução. Sem febre, dor abdominal ou história recente de infecção. Antecedentes de dislipidemia, obesidade, prostatectomia e ex-fumador, sob terapêutica com estatina. Ao exame objectivo, sinais inflamatórios nas tibiotársicas, joelhos e punhos e lesões papulares violáceas, exuberantes nos membros inferiores, também presentes nos membros superiores e região abdominal. Analiticamente, hemograma com plaquetas e coagulação normais, VS – 75 mm/1ªh, creatinina – 1,35mg/dL, PCR – 6,26mg/dL, elevação da IgA (649mg/dL) e do C3 (194mg/dL), TASO – 1180U/mL e proteinúria – 221mg/24h; restante estudo imunológico e autoimune sem alterações e serologias negativas. Realizou ecografia que mostrou edema dos tecidos moles periarticulares. A biopsia das lesões cutâneas identificou uma vasculite leucocitoclástica. Iniciou naproxeno com melhoria da artrite e descida dos parâmetros inflamatórios. Por manutenção das lesões cutâneas iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com progressiva resolução. Quatro semanas após o início dos sintomas, queixas de dor abdominal nos quadrantes inferiores. Foi diagnosticada diverticulite perfurada e submetido a operação de Hartmann, com boa evolução no pós-operatório. CONCLUSÃO: os autores apresentam este caso pela raridade da apresentação da PHS na idade adulta. Perante a suspeita clínica, impõe-se uma avaliação e tratamento precoces, de forma a evitar o surgimento de complicações potencialmente graves.

PO-06-11

ANEMIA E PARESTESIAS EM JOVEM: UM CASO DE ANEMIA PERNICIOSA

Ana Luísa Marçal, Albina Moreira, Adelina Pereira, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O défice de vitamina B12 (Vit B12) causa falência da medula óssea e doença desmielinizante do Sistema Nervoso. A causa mais frequente de défice grave de Vit B12 é a anemia perniciosa, uma forma de gastrite auto-imune cuja prevalência varia entre 50 e 4000 casos/100000 pessoas e que resulta da destruição das células parietais ou antagonização do factor intrínseco (FI), impedindo a absorção da Vit B12 ingerida. Qualquer faixa etária pode ser afetada, embora o início dos sintomas ocorra habitualmente entre os 70 e os 80 anos. Apresenta-se o caso de um homem de 34 anos, com antecedentes de gastrite e história familiar de patologia tiroideia, que se apresenta no Serviço de Urgência com quadro constitucional com 4 meses de evolução, com perda ponderal de 5kg, associado a palidez, tonturas, enfartamento e exuberantes parestesias dos membros inferiores em meia de agravamento progressivo. Constatada pancitopenia, com hemoglobina (Hb) de 7 g/dL, macrocítica, hipercrómica e com componente de hemolítico, com Vit B12 indoseável; anticorpos anti-células parietais gástricas (APCA) e anti-FI negativos. A biópsia gástrica mostrou lesões de gastrite crónica. Fez cianocobalamina intramuscular diária durante 7 dias com excelente resposta, após o que teve alta, orientado para a consulta, com injecções semanais. Após normalização dos valores de Hb e Vit B12 suspendeu suplementação, com recidiva do défice, elevação da homocisteína e positivação dos APCA. Assumida assim anemia perniciosa a condicionar pancitopenia, neuropatia periférica e quadro constitucional. Este caso ilustra a necessidade de ponderar o défice de Vit B12 no diagnóstico diferencial de doentes com anemia e sintomas de desmielinização, mesmo em doentes jovens, uma vez que esta é uma causa potencialmente tratável se precocemente identificada. A exclusão de anemia perniciosa é particularmente importante, dado necessitar de suplementação vitamínica ad eternum.

PO-06-12

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Sónia Almeida, José Ramalho, Marta Cerol, Marta Valentim, Ana Gameiro, Margarida Cabrita
HOSPITAL DE SANTARÉM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA 3

INTRODUÇÃO: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune crónica, com envolvimento multissistémico e um amplo espectro de manifestações clínicas e laboratoriais, frequente em mulheres jovens. A importância do diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica apropriada é crucial, evitando a lesão irreversível de órgãos alvo e melhorando o prognóstico. CASO CLÍNICO: Mulher, 33 anos, referenciada à consulta por adenopatias cervicais com cerca de um ano de evolução. Referia ainda astenia, suores nocturnos, eritema cutâneo (face e pescoço) e prurido vulvar. Objectivamente com adenopatias infracentimétricas submentonianas e cervicais e alopécia no couro cabeludo. Ponderadas as hipóteses diagnósticas, pediu-se TC torácica, IGRA, ADA e consulta de Dermatologia. Realizou biópsia de lesão vulvar, cuja anatomopatologia revelou "acantose ligeira, espessamento das fibras de colagéneo na derme reticular superficial e infiltrado linfohistiocitário ligeiro intersticial na derme superficial, sem aspectos de líquen escleroso". Biópsia de couro cabeludo foi compatível com lúpus eritematoso em fase subaguda. Foi

pedido painel de autoimunidade, do qual se destaca anticorpos antinucleares, anti-dsDNA e anti-Sm positivos e níveis de C4 no limite inferior do normal. Foi diagnosticado LES por apresentar > 4 critérios do Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC). Iniciou terapêutica com hidroxicloroquina com melhoria franca das lesões cutâneas e regressão das adenopatias. Pela suspeita de tuberculose latente de duração indeterminada (IGRA positivo), foi enviada a consulta no CDP. Deveria ter também iniciado terapêutica com isoniazida, o que não sucedeu devido ao facto de ter engravidado. CONCLUSÃO: A apresentação clínica variável e o facto de os exames laboratoriais e clínicos serem específicos para o LES pode dificultar a marcha diagnóstica pela necessidade de exclusão de outras patologias infecciosas e/ou neoplásicas, como demonstra este caso clínico.

PO-06-13

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE ICTERÍCIA E PRURIDO GENERALIZADO

Mariana Guerra, Filipa Amorim, Ivone Barracha, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, UNIDADE DE TORRES VEDRAS – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 35 anos de idade, caucasiana, admitida no serviço de urgência por icterícia, prurido generalizado, dor no hipocôndrio direito, mialgias e artralgias de ritmo inflamatório. Negava consumo de água não potável, drogas de abuso, extrações dentárias, comportamentos sexuais de risco, contacto com animais e viagens recentes ao estrangeiro. Desconhecia alergias medicamentosas/alimentares. Antecedentes pessoais: depressão medicada com Venlafaxina Ao exame fisico apresentava-se subfebril, ictérica, com dor à palpação profunda do hipocôndrio direito, sem Murphy vesicular ou sinais de irritação peritoneal. Laboratorialmente: aumento dos enzimas hepáticos (AST 145U/L, ALT 199U/L, GGT88 U/L, bilirrubina total 9.28mg/dL e direta 7.69mg/dL), da VS (60mm/h) e da alfa-fetoproteína (34.1ng/mL); serologias para vírus hepatotróficos negativas; os anticorpos antinucleares (ANA) e anticorpos anti-músculo Liso (AML) foram positivos e os antimitocondriais (AMA) e antimicrossomas do fígado e rim (Anti-LKM1) negativos. Na ecografia e na tomografia abdominal: estrutura hepática grosseira e hipercogénica sugestiva de esteatose. A CPRE não revelou alterações. Foi realizada biópsia hepática que revelou moderado infiltrado linfoplasmocitário nos espaços porta com lesão hepatocelular compatível com Hepatite Autoimune. Iniciou corticoterapia sistémica em doses baixas com melhoria clínica e laboratorial. Teve alta orientada para a consulta de Medicina Interna/Doenças Autoimunes, mantendo vigilância e eventual inicio de terapêutica imunomodeladora com Azatioprina.

PO-06-14

DOENÇA CELÍACA: ENTEROCOLOPATIA AUTO-IMUNE E MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS

Mariana Guerra, Filipa Amorim, Ivone Barracha, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, UNIDADE DE TORRES VEDRAS – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 47 anos com antecedentes de epilepsia, referenciada à consulta de Medicina Interna por anemia ferropénica com mais de 6 anos de evolução. O estudo etiológico prévio revelou-se inconclusivo e não houve resposta clínica à suplementação com ferro oral. Referia astenia, perda ponderal, distensão abdominal e diarreia crónica. Ao exame físico: IMC 24.2K/m2; palidez muco-cutânea; abdómen mole, depressível, não distendido, timpanizado, sem organomegalias palpáveis, RHA mantidos em timbre e amplitude; exame neurológico sem alterações. Laboratorialmente: Hb 8.5g/dl; VGM/HGM 77/28fl; ferro sérico 6µg/L; ferritina 10µg/L; CFF 396µg/; VS 6mm/h; ácido fólico, vitamina B12 e hormonas tiroideias sem alterações. A ecografia abdominal, TC abdomino-pélvico e colonoscopia total não apresentaram alterações. A endoscopia digestiva alta revelou mucosa da segunda porção do duodeno ligeiramente edemaciada e a biópsia foi compatível com o diagnóstico de Doença Celíaca (Marsh 1). O doseamento de autoanticorpos antigliadina IgA, anti-endomisío e anti-reticulina eram fortemente positivos. Iniciou dieta sem glúten e suplementação com ferro endovenoso, assistindo-se a franca melhoria clinica e laboratorial. Durante o período de seguimento, sob terapêutica anticonvulsivante, apresenta recidiva de crises epilépticas, disartria e hemiparésia direita de novo, pelo que repetiu EEG e AngioTC-CE, tendo-se diagnosticado ruptura de malformação arteriovenosa talâmica esquerda. Foi submetida a drenagem de hemorragia intracerebral com colocação de derivação ventriculo-peritoneal definitiva. Em conclusão, a realçar as manifestações neurológicas raras e associadas a esta entidade auto-imune.

PO-06-15

ERITROMELALGIA: RELATO DE UM CASO

Katia Ladeira, Filipa Macedo, Filipa Pinho, Catarina Nunes, Ricardo Maré, Francisco Gonçalves, Luísa Pinto, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A eritromelalgia é uma doença rara caracterizada por hipertermia paroxística de extremidades com eritema, dor em queimação e aumento da temperatura cutânea. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 19 anos, antecedentes de parto eutócico,diabetes gestacional e tabagismo,Medicada com contraceptivo oral.Antecedentes familiares de leucemia e linfoma.Recorreu á Urgência por falta de força e adormecimento dos membros inferiores, dores tipo "choque elétrico" da planta dos pés com 1 dia de evolução. Do exame neurológico salientou-se hipostesia àlgica em peúga e hipersudorese dos pés e mãos.Internada no serviço de Neurologia para estudo.No internamento referência a arrefecimento e agravamento das queixas álgicas em posição sentada,sem intolerância á água ou mudanças de temperatura e episódios de rubor e cianose dos pés.Do estudo analítico, anemia microcítica e hipocrómica,metabolismo do ferro normal exceto ferritina baixa;Velocidade de sedimentação,CK total, cálcio, fósforo eletroforese de proteínas,estudo imunológico, serologias víricas normais.Proteína C era normal e o anticoagulante lúpico negativo PTH ligeiramente diminuída, Função tiroidea a favor de hipotiroidismo sub-clinico.Ressonância magnética dorso-lombar com discopatia L5-S1 e possível radiculopatia S1 á esquerda.Tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica e Eletromiografia normais. Foi colocada a hipótese diagnóstica de eritromelalgia, iniciado tratamento com gabapentina,aspirina e venlafaxina, com melhoria das queixas àlgicas, apenas a referir dores nevrálgicas na planta dos pés e normalização do exame neurológico. Mantem-se em consulta externa de Medicina Interna e Neurologia. O diagnóstico da eritromelalgia é clínico e o acometimento palmo-plantar é o mais comum. Substâncias que alteram a distribuição do fluxo sanguíneo cutâneo podem melhorar a oxigenação cutânea e induzir o alívio dos sintomas. Em alguns doentes é reversível e remissões podem durar meses a anos ou serem completas.

PO-06-16

DOENÇA DE WEBER CHRISTIAN

André Real, Carolina Sepúlveda, Cristina Lopes, Inês Coelho, Lara Adelino, Jorge Nepomuceno, Fátima Pimenta.
CHMT - HOSPITAL DE ABRANTES, S. MEDICINA INTERNA.

Introdução: A doença de Christian Weber ou paniculite lobular idiopática caracteriza-se por um processo inflamatório do tecido adiposo de etiologia desconhecida. Manifesta-se por lesões cutâneas e sintomatologia sistémica. O diagnóstico é histológico e o tratamento sintomático. Caso clínico: Mulher com 40 anos de idade, antecedentes patológicos de asma, medicada com anticonceptivo oral. Recorre ao SU por hipersudorese noturna com 1 mês de evolução e edema da região latero-cervical esquerda. Referia ainda poliartralgias simétricas de características inflamatórias do esqueleto periférico. Ao exame objetivo apresentava febre (38,4ºC) e hipersensibilidade dolorosa á palpação superficial da região latero-cervical esquerda. Analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos e PCR). TAC pescoço: "...densificação da gordura subcutânea na região cervical e supra-clavicular esquerda, mediastino e retroperitoneal...". Realizou biópsia da gordura latero-cervical esquerda, tendo o exame histológico confirmado o diagnóstico. Do estudo etiológico salienta-se ANA + 1/160, com restante estudo autoimune, hematológico e infeccioso sem alterações. Iniciou AINE, corticoterapia) prednisolona 60 mg e IBP tendo alta 5

dias depois assintomática. Em consulta de follow up encontra-se assintomática com ANA negativo. Discussão / Conclusão: Apesar da raridade desta e doutras patologias, devemos tê-las presentes no momento dos diagnósticos diferencias, já que a ausência / atraso no diagnóstico destas patologias interfere muito na qualidade de vida dos doentes.

PO-06-17

DOENÇA DE GOODPASTURE: UMA DOENÇA RARA – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Márcio Viegas, Ana Fernandes, Cristina Cândido, Sofia Coelho, Ana Farinha, Lúcia Parreira, Joana FelgueirasJosé Vinhas
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

A doença de Goodpasture é uma doença rara e que cursa com produção de anticorpos contra a membrana basal renal e/ou alveolar. Descreve-se o caso de uma mulher de 52 anos, com artrite reumatóide sob metotrexato, epilepsia sob fenobarbital e bócio multinodular com hipotiroidismo subclínico. Recorreu ao Serviço de Urgência por instalação progressiva de astenia, diminuição da diurese e edema palpebral e dos membros inferiores. Sem alterações respiratórias. Analiticamente destacava-se: hemoglobina de 9,4g/dL, leucócitos de 17,500/uL com 96% neutrofilia, PCR 10,6g/dL, ureia de 500mg/dL e creatinina de 22,0mg/dL. Sumária de urina com hematoproteinúria. Ecografia renal sem alterações morfológicas e sem sinais de obstrução urinária. Radiografia de tórax sem alterações. Induziu hemodiálise no mesmo dia. Do ponto respiratório evoluiu com hipoxémia ligeira e tosse produtiva sem hemoptises, radiografia de tórax com aparecimento de infiltrado alveolar bilateral e com TC de tórax com alterações compatíveis com hemorragia alveolar. Da investigação etiológica detetaram-se anticorpos anti-membrana basal glomerular (anti-GBM) [202U/mL] e citoplásmico anti-neutrófilo (ANCA) mieloperoxidase (MPO) [28UI/mL] aumentados. Realizou biópsia renal com glomerulonefrite crescêntica e imunoflurescência compatível com doença anti-GBM. Realizou plasmaferese diária (três semanas) associada a corticoterapia e ciclofosfamida endovenosa, que cumpriu durante 6 e 3 meses respectivamente. Verificou-se resolução da hemorragia alveolar, confirmada por broncofibroscopia mas sem recuperação da função renal, permanecendo sob hemodiálise. Este caso descreve uma doença rara, associada a mortalidade significativa e cujo diagnóstico precoce é necessário para o início de tratamento imunossupressor e plasmaferese. A apresentação com atingimento renal com necessidade de diálise é um factor de mau prognóstico relativamente à recuperação da função renal.

PO-06-18

DOENÇA POR CRIOAGLUTININAS E PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA-RELATO DE CASO

Luisa Brites, Mariana Gonçalves, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A E FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Introdução: A Anemia Hemolítica Auto-Imune (AHAI) é uma patologia rara, com uma incidência de 1-3 casos/100.000/ano caracterizada por um quadro de hemólise devido à presença de autoanticorpos contra os eritrócitos. Cerca de 10-20% de todos os casos são causados por anticorpos a frio, dos quais um terço é secundário a infecções por agentes atípicos. Esta é uma etiologia mais frequente no adulto jovem, sendo rara no idoso. Descrição do caso: Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 76 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo, tosse produtiva com expectoração purulenta, arrepios, mialgias, odinofagia e rinorreia com duas semanas de evolução. Apresentava-se polipneica e a gasometria mostrava insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente destacava-se uma PCR 21.7mg/dL, leucócitos 16.2x109/L, Hemoglobina (Hb) 5.5g/dL, VGM 99.1fl, LDH 859U/L e bilirrubina total 4,2mg/dL. O Teste Antiglobulina Direto (TAD) foi positivo. Foi internada com os diagnósticos de Pneumonia Adquirida na Comunidade e AHAI. O Teste Monoespecífico foi positivo para C3d e IgM e título de crioaglutininas de 64. As hemoculturas foram positivas para Streptococcos pneumoniae. A doente recusou transfusão sanguínea (por convicções religiosas) e foi iniciada corticoterapia e antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina, resultando na normalização dos valores de Hb. Assumiu-se o diagnóstico de anemia hemolítica por crioaglutininas secundária a pneumonia pneumocócica. Conclusão: No idoso, a anemia é um achado frequente, geralmente interpretado na sequência de patologias crónicas ou défices nutricionais. No entanto, não descurando uma possível etiologia multifatorial, deve ser realizado o estudo etiológico completo. A doença por crioaglutininas secundária a pneumonia pneumocócica é muito rara (casos isolados descritos na literatura). Contudo, sendo uma etiologia infeciosa, esta não deve ser ignorada.

PO-06-19

LESÕES CUTÂNEAS MISTERIOSAS …

Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

INTRODUÇÃO: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica e granulomatosa podendo apresentar-se de forma crónica, subaguda ou aguda. A lesão histológica que a caracteriza é o granuloma não caseoso. O envolvimento cutâneo ocorre em cerca de 25% dos doentes. CASO CLINICO: Homem, 35 anos, com antecedentes de síndrome da apneia obstrutiva do sono e dislipidemia. Em meados de Janeiro/2015: edema, eritema e dor da perna direita, com extensão à esquerda duas semanas depois. De seguida nódulos bilaterais eritematosos e dolorosos nas pernas, arrepios de frio, mialgias, astenia, anorexia e febre de 37,9ºC. Sem artralgias. Assumido diagnóstico de erisipela, medicado com antibioterapia, sem melhoria e com febre mais elevada. Posteriormente tosse seca, vómitos e perda ponderal de 4kg desde início dos sintomas. Recorre diversas vezes a cuidados médicos e realiza exames e terapêuticas sem sucesso. Observado no SU, mantém edema maleolar bilateral e febre. Portador de fotografias onde são visíveis nódulos nas pernas e pés, eritematosos, com edema bilateral e simétrico, sugestivos de eritema nodoso. TAC toraco abdomino pélvico: adenopatias hilares. Estudos microbiológicos, serologias víricas, ANA, ANCA e anticorpos fosfolipídicos: negativos. Colocada hipótese de sarcoidose. Enzima conversora da angiotensina normal. Realiza broncofibroscopia com punção eco-guiada (EBUS TBNA). A biópsia ganglionar revelou granulomas não necrotizantes. Estudo imunológico do lavado bronco alveolar com relação CD4/CD8 de 2,01. Assumido diagnóstico de sarcoidose. Uma vez que o doente ficou assintomático não foi instituída terapêutica. Mantém seguimento em consulta de Medicina Interna. CONCLUSÃO: O eritema nodoso é a manifestação cutânea mais comum e inespecífica da sarcoidose e ocorre na forma aguda da doença. Neste caso a falta de reconhecimento destas lesões atrasou o diagnóstico e levou a realização de exames e tratamentos desnecessários.

PO-06-20

UM CASO FLORIDO DE AUTOIMUNIDADE

Rita Costa, João Ribeirinho Soares, Betânia Ferreira, Fátima Farinha, João Araújo Correia
UNIDADE B, SERVIÇO DE MEDICINA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O síndrome antifosfolipídico (SAF) é uma doença autoimune (DAI) sistémica, que pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras DAI. Os autores descrevem o caso de um homem de 22 anos, sem antecedentes até aos 21 anos. Trombose venosa profunda em junho de 2014, tendo iniciado hipocoagulação oral, que posteriormente suspendeu por auto-iniciativa. Estudo de trombofilias com anticoagulante lúpico moderadamente positivo (+). Aos 4 meses após o evento, internamento por enfarte agudo do miocárdio (EAM) com elevação do segmento ST. Cateterismo cardíaco com trombo intracoronário na artéria coronária direita. Reinstituída hipocoagulação oral, sendo orientado para consulta externa para investigação complementar. Assumido então SAF com eventos trombóticos arterial e venoso major, associando-se critérios analíticos de lúpus eritematoso sistémico (LES) [antinucleares 1/1280, antidsDNA 345UI/ml com consumo de complemento, antiU1RNP 33U/ml, antiC1q 59UI/ml]. A salientar ainda a seropositividade para outros autoanticorpos (AAC) [antiSSA 18U/ml, antialfafodrina 125U/ml, antimitocôndria 1/1280, antiM2 mitocondrial 123U/ml, antiMi2 fracamente +, antiSp100 +, antiPML +, antiRo52 +]. Aos 8 meses após o evento inicial, instalação de síndrome nefrótico (proteinúria 6g/24h) e nefrítico.

Na presença de critério clínico inaugural para LES (nefrite lúpica), e assumindo-se elevado risco trombótico com a suspensão de hipocoagulação, decidido não realizar biópsia renal. Iniciou imunossupressão com protocolo EuroLUPUS, seguido de micofenolato de mofetil. Actualmente assintomático e analiticamente estável. Nos doentes com SAF, sobretudo com diagnóstico em idade jovem, deve ser rastreada a presença de AAC associados ao LES, uma vez que a sua positividade parece preceder a evolução clínica para LES. É ainda de referir que as manifestações trombóticas são muito prevalentes na associação entre SAF e LES, sendo que o EAM surge como evento trombótico arterial em 23% dos casos.

PO-06-21

MANIFESTAÇÕES RARAS DE HERPES ZOSTER – A PROPÓSITO DE UM CASO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Carina Graça(1), Sofia Gonçalves(2), Pedro Vieira(2), Luís Resende(2), Marta Moitinho de Almeida(1), Gil Gomes Silva(2)
(1)HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
(2)HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Introdução: O Herpes Zoster é causado pela reativação do vírus da Varicella-zoster (VVZ) que surge na fase adulta da vida. De um modo geral, cursa com envolvimento cutâneo com distribuição dermatomal, no entanto pode evoluir com espectro alargado de complicações atípicas e potencialmente fatais, frequentemente associadas a estados de imunossupressão. Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 56 anos, com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico, complicada por nefrite lúpica do tipo proliferativa difusa. Iniciou terapêutica com ciclofosfamida e prednisolona, interrompendo tratamento por carcinoma in situ da amígdala, mantendo apenas prednisolona. Efetuada associação posterior com micofenolato mofetil por recidiva da nefrite lúpica, atendendo aos antecedentes e ao mau estado geral apresentado, verificando-se múltiplas intercorrências infecciosas. Meses depois, inicia quadro de parestesias e queixas álgicas no membro superior esquerdo, do tipo queimadura, com aparecimento posterior de erupção cutânea vesiculosa, erosiva, com lesões coalescentes e com distribuição dermatomal (C5-C6), associadas a edema e monoparesia superior esquerda de predomínio proximal (grau 2), hipotonia e hiporreflexia. Evolução para alastramento da erupção, atingindo a nuca, tronco e restantes membros. Estabelece-se diagnóstico Herpes zoster, complicado por neuropatia motora e disseminação generalizada. Discussão: O envolvimento motor no Herpes zoster é raro, estando descrito em cerca de 1-5% dos casos, sendo causado pela extensão do processo inflamatório ao corno anterior do neurónio motor, com desenvolvimento de hipotonia do membro afetado. No caso apresentado, também se verificou disseminação generalizada da infeção pelo VVZ, fenómeno igualmente pouco frequente. A ocorrência das complicações descritas está fortemente relacionada com estados de imunossupressão profunda, pelo que se considera importante tê-las presentes na abordagem e seguimento destes doentes.

PO-06-22

POLIARTRALGIAS E PROSTATITE – QUAL A RELAÇÃO?

Carina Graça(1), Sofia Gonçalves(2) Marta Moitinho de Almeida(1), José Barata(1)
(1)HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
(2)HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Descrita inicialmente por Hans Reiter em 1916, a artrite reativa constitui um tipo de espondiloartrite seronegativa tradicionalmente definida pela tríade de artrite pós infecciosa, conjuntivite e uretrite não gonocóccica, que afeta principalmente adultos jovens. No entanto, na maioria dos casos, os sintomas tradicionais podem não estar presentes, levando ao subdiagnóstico desta condição. Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente de 27 anos, previamente saudável, referenciado à consulta de Medicina Interna por quadro de poliartralgias migratórias assimétricas, com ritmo inflamatório, com cerca de 5 meses de evolução. Os sintomas tiveram início algumas semanas depois de um quadro infeccioso genitourinário mal esclarecido. O exame objetivo não revelou alterações, nomeadamente edema, crepitação ou dor à palpação das articulações. No estudo complementar, destacou-se discreta elevação de reagentes de fase aguda; ANA, antiDNAds e antiCCP negativos; pesquisa de HLA-B27 negativa; serologias VHB, VHC, VIH e VRDL negativas; radiografias das mãos e pés sem anomalias estruturais. Estabeleceu-se o diagnóstico de artrite reativa, iniciando terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides em esquema fixo, apenas com discreta melhoria. A investigação adicional revelou PSA aumentado e a ecografia prostática foi sugestiva de prostatite. Cumpriu ciclo de duas semanas de ciprofloxacina, com franca melhoria clínica, normalização dos reagentes de fase aguda e do PSA. Na última avaliação clínica o doente encontrava-se totalmente assintomático e sem necessidade de qualquer tipo de medicação analgésica. Discussão: O presente caso clínico apresentado realça a importância do diagnóstico precoce de artrite reativa em adultos jovens saudáveis, com história prévia de infeção e que podem não apresentar a sintomatologia clássica. O atraso no diagnóstico desta patologia inflamatória sistémica pode levar à cronicidade, com potencial de progressão para disfunção multiorgânica.

PO-06-23

DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO INAUGURAL

Sara Croca, Ana Paula Vilas
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - NÚCELO DE DOENÇAS AUTO-IMUNES

As síndromes paraneoplásicas (SPN) constituem um grupo heterogéneo que frequentemente surge como manifestação inaugural de quadros oncológicos. O seu reconhecimento é essencial para o início de investigação de neoplasia e aumentando a probabilidade de estabelecer diagnóstico precoce. Apresentamos o caso de uma doente de 85 anos referenciada à consulta de Doenças Auto-imunes por Dermatomiosite (DM) confirmada por biopsia cutânea. À observação destacavam-se rash heliotrópico, pápulas de Gottron, poroqueratose actínica nas zonas expostas e hiperémia peri-ungueal sugestiva de vasculite, sem alteração da força muscular. Avaliação laboratorial evidenciando parâmetros inflamatórios negativos, enzimologia muscular normal e perfil ANA positivo (1/160) com padrão anti-Golgi. Estabelecido diagnóstico provável de Dermatomiosite Amiopática (DMA) e iniciada corticoterapia com resolução do quadro. Para exclusão de eventual neoplasia procedeu-se a investigação sequencial por endoscopia digestiva alta e baixa, TC toraco-abdomino-pélvica e ecografia ginecológica, sem identificação de eventual neoplasia maligna. A doente manteve-se bem durante 11 meses sob redução gradual de prednisolona verificando-se instalação gradual de astenia, adinamia, emagrecimento e recidiva de lesões cutâneas 2 meses após suspensão de terapêutica, constatando-se melhoria sintomática franca após reinstituição de corticoterapia. Repetido estudo imagiológico por TC que evidenciou lesão endometrial sugestiva de neoformação, confirmada por ecografia pélvica, aguardando-se histerectomia total para diagnóstico histológico definitivo. A DMA descreve uma situação clínica rara, caracterizada por semiologia cutânea idêntica a DM na ausência de miopatia objectivável. A sua ocorrência associa-se a um aumento da prevalência de neoplasia pelo que se considera poder tratar-se de uma SPN. A sua identificação deverá motivar exclusão de neoplasia, sobretudo em doentes idosos e na ausência de estudo imunológico positivo.

PO-06-24

ANEMIA HEMOLITICA AUTO-IMUNE: UM CASO CLÍNICO

Priscila Diaz, Natália Fernandes
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As anemias hemolíticas auto-imunes constituem um grupo de doenças hematológicas raras, com apresentação variável, desde sintomas indolentes a quadros graves de evolução rápida e potencialmente fatais. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 80 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e anorexia com cerca de 1 semana de evolução, referindo urina cor de vinho do porto e ainda pico febril isolado (38.1º). Medicada 15 dias antes com ibuprofeno, por adenopatias cervicais. À admissão estava febril (TT 39.5º), taquicardica (FC 103 bpm) e com palidez mucocutânea. Sem outras

alterações de relevo ao exame objectivo. Analiticamente: Anemia (Hb 6.6 mg/dl) normocítica, normocrómica de novo (não presente estudo analítico realizado 15 dias antes) e LDH elevada 431 UI/L. Internada para estudo etiológico do qual se destaca: teste de Coombs directo postivo (anti IgG e C3d), consumo de haptoglobina e reticulocitose. Cinética de ferro normal, sem défice de ácido fólico ou vitamina B12. Função tiroideia normal. Marcadores víricos e estudo imunológico negativos. TC cervical, torácico, abdominal e pélvico a destacar: ligeira esplenomegália homogénea. Adenomegálias celíacas e no retroperitoneu superior, as maiores com 11 mm. Após introdução de corticoterapia sistémica, mantendo suspensão de ibuprofeno, verificou-se melhoria clínica e analítica com subida dos valores de hemoglobina e redução da hemólise. Orientada para consulta de Medicina Interna, actualmente em desmame lento de corticoterapia, repetiu TC abdominal que não revelou alterações esplénicas de relevo ou adenopatias valorizáveis. Apesar da evolução, com resposta algo atípica à corticoterapia, os autores consideraram o ibuprofeno como causa muito provável. Este caso realça ainda a importância do estudo etiológico das anemias, particularmente no caso de hemólise, em que se impõe a exclusão de causas secundárias com grande impacto no prognóstico.

PO-06-25

FEBRE DE CAUSA INDETERMINADA: UM CASO DE DOENÇA DE STILL

Pedro Marques, Sara Coelho, Daniela Linhares, Filipa Silva, Marta Patacho, Sérgio Silva
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Cerca de metade dos casos de febre de origem indeterminada (FOI) permanece com diagnóstico desconhecido. A doença de Still do adulto é uma causa a considerar, sendo um diagnóstico de exclusão. O curso clínico tem 3 padrões: monofásico, intermitente e crónico. As manifestações sistémicas são frequentes dos dois primeiros, sendo o envolvimento articular característico do último. Homem de 45 anos, antecedentes de FOI com 2 anos de evolução com estudo etiológico aprofundado em contexto de internamento e consulta de Medicina Interna. Realizado curso de corticoterapia em esquema de redução de dose com boa resposta. Recorre à urgência por recorrência dos sintomas iniciais com 1 semana de evolução: febre >39ºC, astenia, odinofagia e mialgias. À admissão febril, prostrado, com crepitações finas nos campos pulmonares, rash maculopapular roseado não pruriginoso no tronco e extremidades, sem queixas articulares. Analiticamente sem anemia, leucocitose neutrofílica, trombocitopenia, citólise hepática, DHL aumentada e PCR 175,3mg/L. O raio x tórax com infiltrado reticular difuso e derrame pleural de pequeno volume à esquerda. A ecografia abdominal mostrou hepatoesplenomegalia. Do estudo subsequente, VS 60mm/h, auto-imunidade e serologias víricas negativas. As hemoculturas foram negativas. Perante a sintomatologia, dados laboratoriais e imagiológicos deste doente com. recorrência de FOI, foi feito o diagnóstico de doença de Still do adulto com padrão intermitente e iniciada prednisolona com excelente resposta. Atualmente encontra-se em seguimento em consulta externa em esquema de redução de dose, sem recorrência da sintomatologia e com normalização analítica. A doença de Still do adulto é uma causa rara de FOI. Para o seu diagnóstico, os critérios de Yamaguchi são os mais utilizados. O tratamento deve ser dirigido à severidade das manifestações clínicas sendo a corticoterapia indicada nos casos de doença moderada a severa, particularmente aquando de sintomas sistémicos

PO-06-26

ALERGIA À GLARGINA

Mourão Carvalho, Isis Alonso, Ana Pimenta de Castro, Marta Pereira, Mário Lázaro
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - H. FARO - MEDICINA 2

A bibliografia descreve a hipersensibilidade à insulina em menos de 1% dos pacientes sob esta terapêutica, ainda menos quando se trata de um análogo da insulina humana como seja a Glargina. Esta reacção é mediada imunologicamente por vários mecanismos de hipersensibilidade. A composição proteica das suas cadeias, o seu peso molecular e a sua estrutura terceriária conferem-lhe a imunogenicidade. Neste contexto, apresentamos o caso de uma mulher de 77 anos, internada por dispneia de instalação súbita em repouso, não associada a palpitações, precordialgia ou outra sintomatologia, vindo a confirmar-se por angio-tomografia a suspeita de tromboembolismo pulmonar. Ao exame físico apresentava para além da taquicardia, polipneia, e ligeira diminuição da saturação periférica de oxigénio, um exantema cutâneo maculopapular descamativo e pruriginoso generalizado, incluindo na região cervical anterior, tórax, membros superiores e inferiores, sem estridor nem sibilância, em apiréxia. Este exantema é identificado pela doente desde há 4 meses, após internamento por descompensação de insuficiência cardíaca, em que terão sido introduzidos Ramipril e Glargina. Num internamento posterior está descrita a suspeita de toxidermia por fármaco e a suspensão do ramipril. Durante o internamento substituiu-se a Glargina por uma insulina NPH, com resolução progressiva do exantema e do prurido ao longo dos dias seguintes. Assente na evolução clínica o diagnóstico não deixou grandes dúvidas. A paciente está bem e com a glicémia sob controlo. A alergia à Glargina é uma reacção rara, contudo o seu surgimento pode ser grave. A hipersensibilidade a fármacos assume uma relevância particular quando se trata de fármacos essenciais à sobrevivência do paciente como é o caso das insulinas. Actualmente dispõem-se de várias opções de tratamento eficazes para prosseguir com o tratamento regular com insulina e um bom controlo glicémico.

PO-06-27

POLIANGEITE MICROSCÓPICA

Mourão Carvalho, Marta Pereira, Ana Pimenta de Castro, Mário Lázaro
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - H. FARO - MEDICINA 2

As vasculites têm apresentação variável, repercussão sistémica, e consequências por vezes nefastas, das de pequenos vasos associadas a anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA), a Poliangeite Microscópica define-se como necrotizante, sem presença de granulomas. Apresentamos o caso de uma mulher de 66 anos, caucasiana, há 4 anos diagnosticada doença renal crónica de etiologia desconhecida e hipertensão arterial, em hemodiálise um ano depois. Noutro internamento por astenia identificou-se a presença de ANCA-mieloperoxidase, sem seguimento da marcha diagnóstica. A doente deu entrada no serviço de urgência por lipotímia. À admissão: tensão arterial de 198/85mmHg, auscultação pulmonar com fervores crepitantes bibasais. Apresentava, desde há 3 semanas, necrose dos 1º e 2º dedos do pé direito, cianose dos restantes, e do 3º dedo da mão direita. A radiografia de tórax não revelou infiltrados fixos. Durante o internamento revelou desde há vários anos astenia, perda ponderal de mais de 10kg e perda de sensibilidade nas extremidades; identificaram-se, pannus conjuntival e sinéquias intraoculares com depósitos subendoteliais, bem como lesões cutâneas purpúricas nas extremidades. A histologia cutânea demonstrou vasculite com necrose tecidual sem depósitos imunes e de granulomas. Dado o quadro colocou-se a hipótese diagnóstica de Poliangeite Microscópica. Tratou-se com prednisolona e azatriopina, contudo o agravamento progressivo da necrose das extremidades levou à amputação supracondiliana do membro inferior esquerdo, amputação do pé direito e amputação do 3º dedo da mão direita. Ao 28º dia o tratamento foi interrompido por processo infeccioso do coto de amputação do pé direito, acabando por falecer ao 41º dia de internamento. Embora à data do diagnóstico já existisse insuficiência renal terminal e lesões vasculares distais, fica a ideia que o reconhecimento precoce e a instituição de terapêutica adequada poderiam ter evitado a progressão da doença e o desfecho trágico.

PO-06-28

TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA - S. OSLER WEBER RENDU

Mourão Carvalho, Marta Pereira, Ana Pimenta de Castro, Mário Lázaro
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - H. FARO - MEDICINA 2

A Síndrome Telangiectasia Hemorrágica Hereditária é uma doença genética autossómica dominante, de penetrância e expressão variáveis, e de incidência heterogénea consoante a região do globo. Estima-se que na Europa a prevalência seja de 1 para 5-10.000. Caracteriza-se por lesões telangiectiásicas e malformações arterio-venosas em virtualmente todos os órgãos. Vários estudos sugeram que esta esteja sub-diagnosticada principalmente devido à apresentação altamente variável. Estão identificadas mutações em três genes

major. Este patologia assume particular importância quando se julga que algumas das complicações mais sérias que têm grande tradução na morbilidade e mortalidade podem ser prevenidas com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das lesões identificadas. Trazemos o caso de uma mulher de 23 anos que sofreu um acidente vascular cerebral isquémico, e que no dercurso da investigação causal se detectaram múltiplas malformações arterio-venosas pumonares bem como uma história de hipoxémia desde a infância que se atribuia unicamente a um diagnóstico de asma. Confirmou-se por estudo genético a presença de 2 destas mutações major, uma das quais, relativa a apenas 1% dos casos desta patologia já de si rara que representa a sobreposição com a sindrome de polipose juvenil. A literatura descreve uma relação causa-efeito entre as malformações arteriovenosas pulmonares e eventos cerebrais bem como uma diminuição da sua incidência com o tratamento das primeiras. Infelizmente a identificação das lesões pulmonares foi posterior ao acidente cerebral que deixou sequelas graves numa jovem previamente independente e com papel activo na sociedade. Este relato leva-nos a crer que uma aposta no diagnóstico precoce e tratamento das lesões identificadas poderá ter um impacto significativo na sobrevida dos portadores desta síndrome genética.

PO-06-29

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA COMO APRESENTAÇÃO DE POLIANGEÍTE MICROSCÓ-PICA COM ATINGIMENTO RENAL EXCLUSIVO

Ana Cipriano, Marta Monteiro, Cláudia Ferrão, Sofia Correia, Josefina Lascasas , Pedro Leuschner, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

INTRODUÇÃO: A febre de origem indeterminada (FOI) constitui um desafio diagnóstico. Apesar das etiologias infecciosa e neoplásica serem as mais prevalentes, a etiologia autoimune não deve ser esquecida. Os autores apresentam um caso de um doente admitido por FOI, com o diagnóstico de Poliangeíte microscópica. CASO CLÍNICO: Homem de 67 anos, fumador, hipertenso. Admitido por febre, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, com um mês de evolução. Objectivamente apresentava apenas febre (máx 40ºC) e taquicardia sinusal. Analiticamente: leucocitose (23,19x10^3/µL), PCR 235 mg/L, anemia normocítica/normocrómica (11.8 g/dl), Cr 1 mg/dl. Sedimento urinário: 5-10 eritrócitos, 50 mg/dL proteinas. Sem insuficiência respiratória. Ecografia renovesical sem sinais de obstrução. TAC tóraco-abdomino-pélvica e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Durante o internamento, manteve picos febris diários, sem outros sintomas associados. Realizou biópsia renal, compatível com glomerulonefrite pauci-imune. Estudo imunológico: MPO> 739; pANCA>1/640. Portanto, vasculite pANCA (MPO+), com atingimento renal exclusivo, sugestivo de Paliangeíte microscópica. Em D7, progrediu com lesão renal aguda não oligúrica, com creatinina máxima de 1,67mg/dl (estadio 1 AKIN). Iniciou pulsos de corticoterapia e realizou 1º ciclo de ciclofosfamida, com resolução da febre e melhoria da função renal. Actualmente mantém seguimento na consulta externa de Nefrologia, permanecendo assintomático, com função renal estável. CONCLUSÃO: A incidência de Poliangeíte microscópica é de cerca de 1:10 0000. Aproximadamente 60-80% dos casos têm atingimento renal. Inicialmente, pode cursar com manifestações clínicas inespecíficas, sendo que 30% dos doentes pode permanecer até um ano sem diagnóstico. Assim, salientamos a importância de considerar as causas autoimunes como etiologia de uma FOI, instituído terapêutica adequada e evitando progressão e complicações da doença.

PO-06-30

SINDROMA PSEUDOBULBAR COMO APRESENTAÇÃO DE ESCLEROSE SISTÉMICA – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Mariana Taveira, Fátima Silva, Raquel Faria, Isabel Almeida, Carlos Vasconcelos
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Na esclerose sistémica (SSc), o atingimento esofágico do 1/3 médio e distal (músculo liso) é manifestação clínica frequente, ocorrendo em 75% dos doentes. A síndroma pseudobulbar, que se apresenta com disfagia e ausência de elevação do palato, ocorre por atingimento do esófago proximal ou do músculo cricofaríngeo e é muito rara. Apresentam-se 2 casos clínicos de SSc - mulher de 65 anos com SSc limitada e homem de 52 anos com SSc difusa - com fenómeno de Raynaud e alterações do pregueamento cutâneo desde o ano anterior ao diagnóstico. Desenvolveram disfagia, miopatia e dispneia que motivaram internamento. Concluiu-se por SSc com síndroma pseudobulbar, miopatia inflamatória e doença do interstício pulmonar (DIP). Pela gravidade do quadro, realizaram tratamento de indução com imunoglobulinas, corticoterapia combinadas, no 1º caso com ciclofosfamida e no 2º com azatioprina. Após estabilização, foi iniciado tratamento de manutenção em ambos os casos com micofenolato de mofetilo, com resolução completa da sindroma pseudobulbar, miopatia e DIP. Após 2 anos de terapêutica foi documentada estabilidade da doença. Os autores apresentam estes 2 casos clínicos pela sua raridade, chamando a atenção para a necessidade de pensar neste diagnóstico na abordagem de um doente com SSc e disfagia.

PO-06-31

UM CASO CLÍNICO DE TROMBOCITOPENIA SEVERA

Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Joana Serôdio, João Costelha, Miguel Morgado, Marta Pereira, Vítor Costa, António Ferro, Paula Brandão
HOSPITAL CONDE BERTIANDOS, SERVIÇO MEDICINA 2 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

A trombocitopenia imune (TPI) primária é uma forma adquirida de trombocitopenia (TP) provocada por anticorpos contra os antigénios plaquetários. É uma das causas mais comuns de TP em adultos. Caso clínico Doente do sexo feminino de 64 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hemorragia intracerebral. Medicada com valsartan/amlodipina, diazepam, lansoprazol, ácido acetilsalicílico e haloperidol. Sem alergias medicamentosas conhecidas, hábitos tabágicos e alcoólicos ou viagens recentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por gengivorragia e petéquias com 1 semana de evolução e TP severa. Negou exposição recente a fármacos, suplementos alimentares e produtos de ervanária. No decorrer do exame objetivo apresentou estabilidade hemodinâmica, apirexia e petéquias. O estudo etiológico durante o internamento mostrou TP severa (4000) isolada, sem alterações do esfregaço sanguíneo, parâmetros inflamatórios negativos, função hepática, renal e tiroideia, vitamina B12 e ácido fólico nos parâmetros normais. Estudo vírico, serológico e autoimune negativo. Imagiologicamente sem alterações hepática e esplénica. O mielograma mostrou produção adequada de todas as linhas celulares. Após a exclusão de outras causas de TP admitiu-se o diagnóstico de TPI primária. Apesar da terapêutica instituída com prednisolona oral e imunoglobulina intravenosa, a doente mantinha TP severa, o que levou à necessidade de prosseguir para terapêutica de 2ª linha, tendo-se optado, neste caso, pela esplenectomia. Posteriormente apresentou subida da contagem plaquetária, mantendo-a, atualmente, normalizada. Conclusão A TPI primária é um diagnóstico de exclusão em doentes com TP isolada sem causa aparente, implicando a necessidade de excluir todas as outras causas de TP e ainda identificar condições que possam ser responsáveis pela TPI secundária. Este caso evidencia o referido processo diagnóstico, bem como a sua dificuldade terapêutica com necessidade de intervenção clínica de uma equipa multidisciplinar

PO-06-32

SINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO – UM DESENVOLVIMENTO IMPREVISIVEL?

Eva Claro, Filipe Filipe, Rui Assis, Tiago Pereira, Nuno Lopes, Nuno Catorze.
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Mulher de 30 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo I desde os 20 anos, Síndrome Depressivo, Litíase Vesicular com colecistectomia aos 16 anos, Teratoma do ovário direito operado aos 18 anos, medicada com insulina e anticonceptivos orais. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por diarreia e dor abdominal com 4 dias de evolução, negando febre. Após a sua observação teva alta medicada empiricamente com Ciprofloxacina. 48 horas depois regressa ao

SU por persistência do quadro, tendo à data taquipneia e abdómen doloroso nos quadrantes direitos. Na reavaliação laboratorial apresentava disfunção renal grave, hepática, hiperlactacidémia e hiperglicémia. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), inicia empiricamente antibioterapia com Amoxicilina - Ácido Clavulânico e Claritromicina. Com serologias víricas e estudo autoimune inicial negativo, teve melhoria transitória do quadro clinico e laboratorial. Ao 3º dia inicia quadro súbito de alteração do estado de consciência, associado a acidose metabólica e sinais de falência hepática grave. Fez tomografia axial computorizada que revela fígado de dimensões aumentadas, difusamente heterogéneo com artéria hepática de calibre reduzido aparentemente permeável e indefinição da veia porta e veias hepáticas, com Eco Doppler dos vasos hepáticos a confirmar estas alterações vasculares. Neste contexto concluiu-se poder ser insuficiência hepática venoclusiva em contexto autoimune/protrombótico, com insuficiência renal secundária, sendo a doente transferida para hospital central onde realizou transplante hepático emergente. A doente faleceu no post-operatório imediato. Do estudo imunológico obtido à posteriori identifica-se hipocomplementemia e anticoagulante lúpico positivo compatível com Síndrome Antifosfolípido catastrófico. A abordagem destes síndromes baseiam-se no seu diagnóstico precoce de forma a evitar o desfecho potencialmente letal observado em 50% dos casos.

PO-06-33

HIDROPNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO RECIDIVANTE: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA ARTRITE REUMATÓIDE

João Mesquita Rosinhas, Antónia Galego, Ana Oliveira Pinho, Sara Castelo Branco, Sílvia Correia, Sara Beça, Vasco Barreto, António Furtado
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO - UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS

A artrite reumatóide (AR) é uma patologia multissistémica que, apesar de ter atingimento articular preferencial, pode também manifestar-se em outros órgãos tal como o pulmão e a pleura. Apresenta-se o caso de uma doente de 79 anos, seguida em consulta por AR diagnosticada há 1 ano e medicada com corticoterapia e metotrexato por doença de difícil controlo. Por persistência de reagentes de fase aguda aumentados, é pedida Tomografia Computorizada (TC) do tórax que detecta hidropneumotórax esquerdo, várias áreas de espessamento pleuro-subpleural e imagens micronodulares no parênquima. Feita toracocentese que revela um exsudado com predomínio de polimorfonucleares e lactacto desidrogenase muito elevada. É internada sendo tentado inicialmente tratamento conservador com oxigenoterapia, tratamento que falhou, tendo sido colocado dreno torácico, com sucesso na reexpansão pulmonar. A análise do líquido e biópsia pleural foram compatíveis com o diagnóstico de hidropneumotórax associado à AR, que sabemos estar associada à ruptura de nódulos subpleurais cavitados (que a doente apresentava). A doente tem alta com sulfassalazina e hidroxicloroquina. Dois meses depois, é internada por recidiva de hidropneumotórax, pelo que se decide, dada a recidiva, pela execução de pleurodese química com talco. Este quadro clínico tem particular interesse por descrever uma apresentação incomum de uma manifestação extra-articular da AR, cujo diagnóstico e gestão necessitam de particular abordagem e cuja ocorrência vem sendo descrita em doentes sujeitos a doses elevadas de metotrexato.

PO-06-34

ANEMIA PERNICIOSA E SÍNDROME DE SJOGREN – UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Joana Martins, Rui Ferreira, Ana Borges, Teresa Costa, Amélia Pereira
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

Objetivo: Análise de caso clínico de anemia macrocítica. Método: Apresentação de caso clínico. Resultados: Homem de 82 anos que é enviado para a Consulta de Medicina para estudo de anemia macrocítica. Da revisão por sistemas destaca-se noção de perda ponderal não quantificada, astenia, anorexia, xerostomia e xeroftalmia com alguns meses de evolução. Artrite da articulação metacarpofalângica do 2º dedo com início 3 dias antes. Antecedentes pessoais: Doença Renal Crónica, Insuficiência Cardíaca Crónica, Hiperuricémia. Sem hábitos etílicos. Medicação Habitual: furosemida, alopurinol, ácido acetilsalicílico. Exame objetivo: Palidez das mucosas. Edema pretibial bilateral discreto. Edema, rubor e dor à palpação das articulações metacarpofalângicas dos 2º e 3º dedos da mão direita. Exames complementares: Anemia macrocítica (Hb 7,9 g/dL, VGM 114 fL). Vitamina B12 diminuída (32.7 pmol/L). Ácido fólico e ferritina dentro dos valores normais. Creatinina 1,4 mg/dL. Auto-imunidade: Anti-SS A, anti-célula parietal e anti-factor intrínseco positivos. Teste de Schirmer: 10mm aos 5 minutos no olho direito e aos 4 minutos no olho esquerdo. EDA: Hérnia do hiato e atrofia difusa da mucosa gástrica. Cintigrafia das glândulas salivares: redução da intensidade de captação do radiofármaco a nível das glândulas parotidas, mais significativa à direita. Boa intensidade de captação das glândulas submaxilares. Discussão/Conclusão: A Anemia ocorre em cerca de 20% dos doentes com Síndrome de Sjogren, sendo macrocítica em apenas 3% dos casos. Neste contexto, a verdadeira Anemia Perniciosa é uma etiologia rara, existindo poucos casos reportados desta associação até ao momento, pelo que consideramos relevante a apresentação deste caso clínico.

PO-06-35

NÓDULOS SUBCUTÂNEOS E FEBRE: A PROPÓSITO DE UM CASO

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Daniela Peixoto, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO MEDICINA 1 E SERVIÇO DE REUMATOLOGIA

A poliartrite nodosa é uma vasculite sistémica que envolve as artérias de médio calibre, pode envolver qualquer órgão e, ao contrário de outras vasculites, não está associada aos ANCAs. A prevalência estimada é de 2-33 casos/milhão de pessoas, a sua incidência aumenta com a idade, sendo o seu pico na sexta década de vida e mais frequente no sexo masculino (1.5:1). A maioria dos casos são idiopáticos, podendo estar associada a infeção pelos vírus da hepatite B e C. Caso clínico: Homem, 57 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e cardiopatia isquémica. Aparecimento de nódulos subcutâneos, dolorosos nos membros inferiores e antebraços associado a artralgias e febre com 3 semanas de evolução. Medicado com anti-inflamatórios, sem melhoria. Ao exame objetivo de salientar, presença de múltiplos nódulos subcutâneos, dolorosos nos membros inferiores e antebraços e artrite de ambas as articulações tibiotársicas. Análises: Hb 13.7g/dL, Leuc 7020/µL, Plaquetas 307 000/mm3, função renal e ionograma sem alterações, AST 22UI/L, ALT 34UI/L, VS 71mm, PCR 5,8mg/dL. ANAs, ANCAs e FR negativos e sem consumo do complemento; TASO, ECA e VDRL negativos. Serologias víricas para VIH, hepatite B e C negativas. Hemoculturas negativas. Radiografia de tórax: sem lesões pleuro-parenquimatosas. Ecografia abdominal e renal sem alterações relevantes. Biópsia das lesões: achados morfológicos de paniculite septal com lesões de vasculite, compatíveis com poliartrite nodosa. Assumida poliartrite nodosa, iniciada corticoterapia (prednisolona 1mg/Kg/dia) com desaparecimento dos nódulos subcutâneos e da artrite. Conclusão: Os autores apresentam este caso dada a raridade da doença e a importância dos diagnósticos diferenciais.

PO-06-36

HIPOTIROIDISMO AUTO-IMUNE – UMA HISTÓRIA ENTRE PAI E FILHA!

Juliana Ferreira da Silva, Cátia Santos, Susana Cunha, Catarina Pereira, Helena Carrondo, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA II

O hipotiroidismo autoimune assume-se como uma das principais causas de hipotiroidismo primário em países sem deficiência de iodo. Inicialmente associado a bócio – Tiroidite de Hashimoto e em estágios subsequentes da doença, associado a presença de tecido tiroideu residual - tiroidite atrófica - a suscetibilidade resulta da combinação entre fatores genéticos e ambientais, assumindo a história familiar particular relevância. CASO CLÍNICO 1: Homem, 63 anos, sem antecedentes pessoais/ familiares de relevo. Observado em consulta por quadro com 2 anos de evolução de lentificação motora e voz arrastada, alopécia difusa e queda das sobrancelhas, aumento de peso, edemas palpebrais

e articulares. Ao exame objectivo: Idade aparente superior à idade real. Descorado. Tiróide não palpável. Auscultação cardíaca: bradicardia, frequência cardíaca 59 bpm. Edemas palpebrais e maleolares. Estudo analítico: Hemoglobina 10.7 g/dL; VGM 100.3 fL; T4 livre <0.20 pmol/L; TSH 74 µUI/mL. Estudo de autoimunidade: negativo. Ecografia da tiróide: involução deste órgão. Doente com hipotiroidismo primário em contexto de provável tiroidite atrófica. CASO CLÍNICO 2: Mulher de 38 anos, filha do doente acima descrito. Sem antecedentes pessoais de relevo. Referenciada à consulta por alterações analíticas, sem sintomatologia. Estudo analítico: TSH 13.880 µUI/mL; T4 livre 1.32 pmol/L. VS 25. Anticorpos anti-tiroglobulina (TG) negativo e anti-microssomais (TPO) positivo. Ecografia tiroideia: tiróide de dimensões normais, hipoecogénica discretamente heterogénea. Doente com hipotiroidismo primário em fase subclínica em contexto de Tiroidite de Hashimoto. Apesar da história familiar positiva não estar relacionada com maior severidade da doença estudos revelaram que as doenças autoimunes da tiroide se associam a história familiar positiva em cerca de 40 a 50% dos casos, sendo a idade mediana de diagnóstico de Tiroidite de Hashimoto menor quando diagnóstico prévio de pai com hipotiroidismo.

PO-06-37

DOENÇA INFLAMATÓRIA GRANULOMATOSA SISTÉMICA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Vânia Rodrigues, Inês Mesquita, Tatiana Pires, Filipa Amado, Adriana Santos Silva, Ana Ferrão, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

A Sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa sistémica, de etiologia desconhecida, que afecta principalmente os pulmões e gânglios linfáticos intratorácicos. É mais comum em mulheres entre os 25 e 35 anos, tendo uma incidência de 11 a 34 casos por cada 100.000 indivíduos. Tem uma apresentação clínica variável com envolvimento pulmonar em aproximadamente 90% dos casos. Os autores apresentam o caso de um homem de 34 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1, que recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 meses de evolução de febre, anorexia, tosse seca e dispneia. Do estudo efectuado salienta-se: analiticamente com leucócitos 8800/L, Hb 14.2g/dL, proteína C reactiva 94.3mg/L, VS 49mm, AST 25U/L, ALT 58U/L, GGT 126U/L, FA 232U/L e ECA 66.5U/L; gasometria arterial, cálcio sérico e urinário sem alterações; pesquisa de micobactérias na expectoração, suco gástrico e prova tuberculínica negativos; imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações; restante estudo microbiológico, imunológico e virológico negativo. Radiografia de tórax com infiltrados pulmonares bilaterais; Tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica com múltiplas adenopatias hilares e mediastínicas bilaterais e pequeno derrame pleural direito. Broncofibroscopia com exame bacteriológico, pesquisa de micobactérias e citologia para células neoplásicas negativas; lavado bronco-alveolar com predomínio linfocitário e relação CD4/CD8 elevada. Realizou ainda provas funcionais respiratórias, ecocardiograma e biópsia ganglionar que confirmou o diagnóstico de Sarcoidose tendo iniciado corticoterapia com melhoria clínica e analítica, e mantendo seguimento em consulta de Medicina. Os autores pretendem com este caso salientar a necessidade de exclusão dos múltiplos diagnósticos diferenciais de infecção granulomatosa, destacando as manifestações pleurais como uma apresentação clínica rara de Sarcoidose que ocorre em apenas 5% dos doentes.

PO-06-38

RECORRÊNCIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: A PONTA DO ICEBERG

Rita Matos, Filipa Pinho, Rita Magalhães, Sofia Caridade
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A síndrome antifosfolipídica é uma doença que se manisfesta por eventos trombóticos arteriais ou venosos recorrentes ou morbilidade gestacional. É caracterizada pela presença de anticorpos antifosfolipídicos, em pelo menos duas ocasiões separadas por um período mínimo de 12 semanas. Apresentamos o caso de uma jovem de 27 anos que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 2 semanas de evolução de edema do membro inferior (MI) esquerdo, associado a dor. Após realização de ecodoppler dos MI, fez-se o diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP) – trombose extensa do eixo venoso femoro-poplíteo esquerdo. A doente tinha apresentado, no mês anterior, um quadro semelhante, caracterizado por dor e edema do MI esquerdo acompanhados por claudicação intermitente. Nessa altura, recorreu ao hospital e foi diagnosticada TVP do MI esquerdo – trombose na veia safena externa. Realizou terapêutica com enoxaparina durante 7 dias e posteriormente ficou medicada com ribaroxabano, tendo estado a realizar esta medicação até à data em que recorreu novamente ao SU. A doente não apresentava antecedentes médicos conhecidos, com exceção de um aborto espontâneo com 20 semanas de gravidez, cerca de 2 anos antes. Além do ribaroxabano, não realizava medicação habitual. Como medida contracetiva, utilizava um dispositivo intra-uterino de cobre. Negava consumo de tabaco e o único fator de risco que apresentava era a obesidade. Ficou internada para estudo etiológico e, dos estudos analíticos realizados com um intervalo de 3 meses, verificou-se valores elevados do anticorpo (Ac) anti-cardiolipina Imunoglobulina G (IgG), do anti-beta2 glicoproteína IgG, do anticoagulante lúpico e do Ac anti-nuclear. Neste caso, fica evidente como a recorrência do TVP, aliado ao conhecimento do aborto espontâneo prévio, aumentaram a suspeição para esta síndrome e permitiram direcionar o estudo analítico. De facto, a detalhada colheita da história clínica é inestimável para o raciocínio médico.

PO-06-39

PÚRPURA DE HENOCH SCHÖNLEIN NO ADULTO – SÉRIE DE 3 CASOS

Teresa Tavares, Sofia Correia, Miguel Silva, Paulo Ferreira, Pedro Andrade, Herberto Bettencourt, João Pinto, Ana Lisa Lima, Manuela Mendes, Jorge Martins, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Púrpura de Henoch Schönlein (PHS) é uma vasculite mediada por imunoglobulinas A (IgA), sendo a vasculite sistémica mais frequente nas crianças. Apenas 10-30% dos doentes são adultos, predominando nos homens e meses frios. Carateriza-se pela presença de púrpura palpável, artrite/artralgias, dor abdominal e atingimento renal. Apresentam-se 3 casos (A, B e C) de adultos do sexo masculino, com 32, 67 e 80 anos, respetivamente, que surgem com lesões purpúricas exuberantes de predomínio nos membros inferiores. Verificou-se a presença de dor abdominal (A, C), artralgias (A, B) e envolvimento renal discreto (B). O quadro incluía síndrome inflamatório sistémico (B, C), títulos baixos de anticorpos anti-mieloperoxidase (B) e crioglobulinas (C). Nenhum dos doentes apresentava trombocitopenia ou coagulopatia. A biópsia cutânea revelou fenómenos de vasculite leucocitoclástica e o estudo por imunofluorescência mostrou positividade nas paredes vasculares para IgA, fibrinogénio e C1q e C3, o que, perante os quadros clínicos apresentados, faz o diagnóstico de PHS. Assumidas causas desconhecida (A), neoplásica (B) – adenocarcinoma do reto - e infeciosa (C) – infeção respiratória sem agente identificado. Todos foram tratados com corticóide em alta dose. A evolução foi favorável em todos, com resolução rápida em A e lenta em B e C, neste últimos complicada com sobreinfeção bacteriana das lesões cutâneas e necessidade de analgesia com gabapentina (B, C) e morfina (B). O diagnóstico de PHS em adultos é dificultado pela frequente ausência da tétrada de manifestações clínicas típicas. Por esse motivo, é importante a realização precoce da biópsia cutânea em doentes com lesões purpúricas sugestivas de vasculite.

PO-06-40

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO VS. TUBERCULOSE

Gisela Lage, Ana Oliveira, Claúdia Martins, Ana Lemos, António Monteiro, Telma Pereirò, José Fonseca, Sara Machado
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU-SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SETOR C

A presença de granulomas hepáticos pode ocorrer numa miríade de patologias, servindo como pista para determinação de doença sistémica subjacente. Caso clínico: Mulher, 57 anos, assistente operacional em lar da 3°idade. Referenciada da Consulta Externa por queixas de poliartralgias de caráter inflamatório; episódio de episclerite de etiologia não esclarecida; náuseas e vómitos e ascite

moderada com fígado heterogéneo. No internamento realizada paracentese diagnóstica com critérios de transudado (277 leucócitos, predomínio de mononucleares, exame cultural e Ziehl Neelsen negativos). Analiticamente: elevação das transaminases e enzimas de colestase; autoimunidade: ANA positivos (1/2560 padrão homogéneo), anticorpo anti dsDNA /nucleossomas/IgM e IgG anti cardiolipina positivos. Admitido diagnóstico de Lúpus e instituída prednisolona 20mg/dia. Realizada biópsia hepática, com evidência histológica de hepatite granulomatosa e necrose hepatocitária multimodal. Discutido caso clínico com infeciologia, tendo-se instituído terapêutica antibacilar quadrúpla (isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida), dada a elevada probabilidade de tuberculose hepática. Realizada pesquisa por método de PCR do DNA de M. tuberculosis complex no material de biópsia hepática, com resultado à posteriori negativo. Novamente discutido caso clínico com infeciologia, e apesar de resultado negativo optou-se por manutenção do esquema antibacilar e redução da corticoterapia, pela franca melhoria clínica e analítica. Irá repetir biópsia hepática após terminar terapêutica antibacilar. Conclusão: Perante o achado em biópsia de granulomas hepáticos, é importante determinar a sua etiologia, tendo em conta as diferentes implicações terapêuticas e prognósticas associadas. Este caso recorda que poderão estar implicados diversos mecanismos de desregulação dos sistema imunitário (infeção e auto-imunidade), que se poderão potenciar e que condicionam a própria evolução clínica, terapêutica e prognóstico.

PO-06-41

DERRAME PLEURAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO INICIAL DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Catarina Araújo, Vanda Spencer, Francisca Delerue
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica com potencial envolvimento multiorgânico que afecta predominantemente o sexo feminino. As manifestações pleuropulmonares são frequentes, estando presentes em mais de metade dos doentes. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 31 anos, fumadora, com história de tuberculose latente no passado, internada para esclarecimento de quadro com 3 meses de evolução caracterizado por febre e toracalgia direita pleurítica. A radiografia e tomografia computorizada do tórax evidenciaram derrame pleural direito. Procedeu-se a tentativa de toracocentese diagnóstica, sem sucesso, e realizou-se broncofibroscopia que revelou árvore brônquica normal com pesquisa de bacilo de koch negativa. O ecocardiograma transtorácico evidenciou derrame pericárdico ligeiro. Analiticamente destacava-se a presença de linfopénia e estudo imunológico positivo (anticorpos anti-nucleares, anti-DNA e anti-Smith).
Assumiu-se o diagnóstico de LES com envolvimento de serosas, hematológico e imunológico, tendo-se instituído terapêutica com prednisolona oral e hidroxicloroquina, assistindo-se a progressiva melhoria clínica. O derrame pleural nos doentes com LES é comum, contudo raramente é a apresentação inicial da doença. O prognóstico geralmente é favorável, verificando-se boa resposta clínica após terapêutica com corticóides orais ou outros imunossupressores.

PO-06-42

SÍNDROME DE DRESS – ACERCA DE UM CASO

Joana Rigor, Vera Lage, Sara Pinto, Daniela Martins-Mendes, Ingride Costa, Manuela Sequeira, Vítor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE.

A síndrome de DRESS (drug reaction with eosinofilia and systemic symptoms) é uma reacção adversa a fármacos, rara mas potencialmente fatal, apresentado-se com exantema cutâneo, eosinofilia e sintomas sistémicos. Os autores apresentam o caso de um homem de 54 anos, com antecedentes de psoríase e epilepsia, medicado nas 4 semanas anteriores com fenitoína e clonazepam. Recorre ao serviço de urgência com exantema macular eritematoso e descamativo, afectando cerca de 90% da área corporal, associada a febre, máximo de 39ºC, sendo internado com diagnóstico de eritrodermia para estudo. Do estudo efectuado de salientar, eosinofilia de 1 450/uL, elevação das enzimas hepáticas [aminotransferase aspartato (AST) 93 U/L, aminotransferase alanina (ALT) 157 U/L, desidrogenase do lactato (LDH) 435 U/L, gama-glutamiltransferase 123 U/L, fosfatase alcalina 66 U/L, bilirrubina total 0,41 mg/dL], serologias negativas para citomegalovírus (CMV), vírus da hepatite B, da hepatite C e herpes simplex (HSV) II, IgG positiva para HSVI, vírus Epstein-Barr (EBV) e vírus da hepatite A; imunoglobulinas, complemento, factor reumatoide, anticorpos anti-nucleares, anti-citoplasma do neutrófilo, anti-antigénios hepáticos, anti-pele e anti-desmogleína sem alterações. Realizou também biópsia cutânea que revelou epiderme com paraqueratose focal, evidenciando vacuolização focal da camada basal, acompanhada de edema da derme papilar, de extravasamento de eritrócitos e de infiltrado inflamatório linfocitário discreto, alterações compatíveis com reacção exantematosa a fármacos. Assumida, assim, síndrome de DRESS secundária a fenitoína, tendo iniciado ciclosporina 3mg/kg/dia, com evolução favorável. À data de alta, melhoria do exantema e normalização das enzimas hepáticas; manteve ciclosporina 2 mg/kg/dia e foi orientado para consulta externa de Imunoalergologia e de Dermatologia, as quais aguarda à data de submissão deste resumo.

PO-06-43

PERICARDITE COMPLICADA DE DERRAME PERICÁRDICO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ARTRITE REUMATÓIDE – CASO CLÍNICO

Joana Calvão, José Ribeiro Eira, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A artrite reumatoide (AR) é uma poliartrite simétrica de etiologia desconhecida, com um pico de incidência entre a 4ª e 6ª décadas de vida e uma prevalência de 0,5 a 1% da população, sendo a mais comum das artropatias inflamatórias. Trata-se de uma artropatia destrutiva com mau prognóstico a longo prazo, podendo apresentar manifestações extra-articulares. Dos vários sistemas envolvidos, nomeadamente o cardiovascular, a pericardite pode ser sintomática em menos de 10% dos doentes. Caso Clínico: Mulher de 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial, intervenções cirúrgicas por osteoartrose e colocação de próteses dos joelhos e da anca direita. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor torácica retroesternal que aliviava com a anteroflexão do tronco. Sem história de quadro infecioso recente, após realização de exames complementares de diagnóstico teve alta com diagnóstico de pericardite vírica medicada com anti-inflamatórios aos quais inicialmente respondeu favoravelmente. Por persistência do quadro e por início de febre, voltou ao SU realizando ecocardiograma transtorácico que evidenciou derrame pericárdico de médio volume ficando internada no serviço de medicina interna para estudo etiológico. Após história clínica, salientou-se dor nas articulações metacarpofalangicas (MCF) e interfalangicas proximais, objetivando-se derrame articular nas 2ª e 3ª articulações MCF da mão esquerda, sem sinais inflamatórios, bem como desvio cubital e deformidade do 1º dedo. Com estudos infecioso negativo e imunológico positivo para o fator reumatoide e anti-CCP, concluiu-se que o diagnóstico de pericardite seria uma manifestação não articular de AR. Iniciou corticoterapia com excelente evolução clínica e imagiológica. Conclusão: Trata-se de um quadro de apresentação atípica de AR numa doente com história clínica sugestiva de patologia articular inflamatória cujo diagnóstico poderia ter sido realizado antecipadamente.

PO-06-44

AMAUROSE FUGAZ, UMA VERDADEIRA EMERGÊNCIA MÉDICA.

Mário Santos, Tiago Alves, Carmen Soares, Eduardo Oliveira, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - SERVIÇO DE MEDICINA II

Arterite temporal é uma vasculite crónica de vasos de médio e grande calibre e é considerada uma emergência médica. É mais comum em adultos, especialmente nos idosos, sendo a sua complicação mais temida a perda de visão, que associado a cefaleia intensa, tumefacção temporal e claudicação mandibular, constituem os seus principais sinais e sintomas. Os autores relatam o caso de um homem de 67 anos que recorreu ao serviço de urgência por episódio de amaurose fugaz unilateral intermitente, com a duração de segundos, referindo ainda queixas de cefaleias com 3 dias de evolução de predomínio frontal e não pulsátil. Não apresentava outra sintomatologia. Ao exame objectivo não

apresentava qualquer alteração, incluindo à fundoscopia. Analiticamente de relevante apresenta Hb de 9.5 mg/dl, PCR 5.88 mg/dl e VS 140. RealizouTAC-CE e doppler carotídeo sem alterações e foi observado por oftalmologia que despistou causa oftalmológica intrínseca. Recebeu o diagnóstico provável de arterite temporal e o tratamento foi iniciado com prednisolona na dose de 1mg/kg/dia, com rápida melhoria clínica e recuperação total dos deficits visuais. Referenciado à consulta externa de Medicina, tendo sido agendada biópsia da artéria temporal aproximadamente 8 dias após o inicio de tratamento e que revela alterações compatíveis com arterite da artéria temporal corroborando a hipótese diagnóstica inicial. A apresentação deste caso pretende chamar a atenção para a suspeição clínica desta entidade, sobretudo numa pessoa nesta faixa etária e que se apresente com manifestações clínicas sugestivas desta patologia, já que a instituição de terapêutica atempada é essencial para uma melhoria clínica e do prognóstico, visto que sem tratamento adequado pode conduzir a perda visual permanente e a outras lesões isquémicas (como por exemplo enfartes cerebrais, consoante as artérias atingidas).

PO-06-45

CRISE RENAL ESCLERODÉRMICA OU LESÃO RENAL POR CRIOGLOBULINAS? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Ribeiro, Sara Ferreira, Arsénio Barbosa, Sérgio Silva, Ana Faceira, Filipe Martins, Sérgio Gaião, Conceição Sousa Dias, José Artur Paiva, Paulo Bettencourt
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A esclerose sistémica e a crioglobulinemia mista são duas doenças por vezes associadas e que levam a atingimento de múltiplos orgãos nomeadamente a lesão renal. Caso clínico: Homem, 53 anos, residente na Argélia, ex-fumador e com história de tuberculose pulmonar há 14 anos. Quadro de poliartrite com 10 meses de evolução, perda ponderal de 10 kgs em 2 meses e aparecimentos de púrpura palpável nos membros inferiores. Estudo analítico: ANAs 1/100, anti-Scl-70 positivo, consumo de complemento. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia. Reavaliado um mês depois - agravamento sintomático, hipertensão arterial (HTA) de novo; anemia 9g/dL, creatinina 1.3 mg/dL, proteinúria 8g/24h. Crioglobulinas séricas positivas. Biópsia renal: doença de imunocomplexos. 3 dias de pulsos de metilprednisolona, depois prednisolona 1mg/kg/dia e micofenolato mofetil 1g/dia. Internado após uma semana por pneumonia com insuficiência respiratória, agravamento da função renal, creatinina 4.1 mg/dL. Meropenem e linezolide. Evolução para anúria e edema agudo do pulmão (EAP) com HTA de difícil controlo, necessidade de ventilação invasiva; iniciadas técnica dialítica contínua e plasmaférese. Lavado broncoalveolar: hemorragia alveolar ligeira, DNA Pneumocystis jirovecci, citomegalovirus (CMV) e Micobacterium tuberculosis (DNA e exame cultural) positivos. DNA CMV no sangue positivo. Iniciou cotrimoxazol, ganciclovir e terapêutica antibacilar. Melhoria clínica, suspendeu plasmaférese e iniciou rituximab. Suspendeu diálise. Após 3 ciclos, novo EAP com necessidade de ventilação não invasiva, HTA, agravamento da função renal. Reiniciada diálise e ciclofosfamida por suspeita de crise renal esclerodérmica. Melhoria sintomática e resolução insuficiência respiratória. Sem melhoria da função renal. Conclusão: Insuficiência renal, HTA e síndrome nefrótico são manifestações que surgem quer na esclerose sistémica quer na crioglobulinemia e que trazem diversos desafios na gestão do tratamento imunossupressor.

PO-06-46

"PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN: A PÚRPURA DA INFÂNCIA NUMA OCTOGENÁRIA."

Santos Pereira, Sílvia, Escarigo, Maria Conceição, Amaro, Mário, Delerue, Francisca.
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 84 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, anticoagulada com varfarina e asma brônquica. Iniciou um quadro com 2 semanas de evolução de mal-estar geral, parestesias nos membros superiores e inferiores com posterior aparecimento de petéquias e dor abdominal. Negava febre, expetoração, sintomas génito-urinários, gastrointestinais ou perdas hemáticas. Anteriormente a este quadro, apresentou tosse e expetoração tratadas sintomaticamente. Analiticamente tinha elevação dos parâmetros inflamatórios, com contagem normal de eritrócitos e plaquetas, INR supra-terapêutico e lesão renal aguda (creatinina 3.5 mg/dl). Foi internada para esclarecimento da doença renal aguda e do quadro discrásico. No internamento apresentou episódio de hematoquézias, auto-limitado, sem repercussão hemodinâmica. Realizou biópsia cutânea compatível com vasculite leucocitoclástica com depósitos de IgA e o estudo de auto-imunidade foi negativo. Iniciou corticoterapia com prednisolona 60mg/dia com melhoria do quadro. A púrpura de Henoch-Schonlein, vasculite mediada por imunoglobulinas A, é frequentemente associada à idade pediátrica correspondendo a 90% dos casos. O seu diagnóstico é clínico e é caracterizada pela tétrade: púrpura palpável em doentes sem trombocitopenia ou coagulopatia; artralgias; dor abdominal generalizada pelo edema ou hemorragia da mucosa; e doença renal por deposição de imunoglobulinas. A confirmação é obtida por biópsia cutânea ou renal. O estudo da auto-imunidade é normal. Podem apresentar elevação da imunoglobulina A e ligeira diminuição do complemento. O tratamento é sintomático com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), estando contraindicados se hemorragia. Os corticoides devem ser utilizados na doença severa, apesar de não parecer ter impacto no curso natural da doença. A doença geralmente é autolimitada nas crianças, mas nos adultos pode estar associada a co-morbilidades.

PO-06-47

SÍNDROME HEMOGAFOCÍTICA UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA – CASO CLÍNICO

Joana Calvão, Nuno Silva, Ana Raquel Lima, Sónia Carvalho, José Ribeiro Eira, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Síndrome Hemofagocítica (SHF) é uma condição rara com uma incidência estimada de 1,2 casos/milhão indivíduos/ ano, agressiva, condicionando a sobrevivência do doente, devido à ativação excessiva do sistema imune. Pode estar relacionada com alterações familiares ou esporádicas ou ser despoletada por eventos que alterem a homeostase do sistema imune. Caso Clínico: Mulher de 19 anos com antecedentes de tiroidite de Hashimoto, doença mista do tecido conjuntivo, líquen plano e fenómeno de Raynaud. Medicada com levotiroxina, tendo anteriormente cumprido terapêutica com metrotrexato e hidroxicloroquina que abandonou aos 14 anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, astenia, cefaleias e náuseas com alguns dias de evolução. Objetivamente febril, sem outras alterações de relevo. Durante o internamento desenvolveu quadro de anasarca, insuficiência respiratória e alterações neurológicas com cefaleias intensas, diplopia, parésia do VI par craniano esquerdo e sinal de Kerning positivo. Do estudo realizado verificou-se bicitopenia, hipertrigliceridemia, elevação da ferritina, hipofibrinogenemia e proteinúria. Mantinha febre, desenvolvimento de esplenomegalia e serosite pleural, pericárdica e peritoneal observadas em tomografia computarizada. Estudo virulogico negativo e hemoculturas estéreis. Mielograma sem evidência de hemofagocitose. Realizou punção lombar que revelou hipertensão intracraneana, glico, proteino e leucorraquias, com predomínio de polimorfonucleares. Sem isolamento de agente, possivelmente por ter iniciado antibioterapia prévia ao quadro neurológico apresentado. Com o diagnóstico de SHF (5 critérios em 8) iniciou corticoterapia, apresentando melhoria clinica e analítica significativas. Conclusão: Sem hemofagocitose no mielograma mas a cumprir critérios para uma SHF, permanece a dúvida da sua etiologia: secundária a processo infecioso (meningite bacteriana decapitada)? Ou em contexto de doença autoimune subtratada?

PO-06-48

ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS – UM CASO DE SARCOIDOSE

Frederica Faria, Tânia Vassalo, Inês Colaço, Diogo Cruz, J.L. Ducla Soares
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA I SECTOR D, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITLAR DE LISBOA NORTE

A Sarcoidose é uma patologia inflamatória multissistémica, de etiologia desconhecida. O diagnóstico definitivo requer identificação histopatológica de granulomas não caseosos em doente com suspeição clínica, sendo a remissão atingida em cerca de 50% dos casos. Apresenta-se um caso de um doente de 47 anos, com antecedentes pessoais de cirurgia a hérnia discal e hábitos etanólicos. Recorre ao serviço de urgência por quadro clínico caracterizado por cansaço para médios esforços, mialgias generalizadas, febre e poliartralgias (ritmo mecânico), com 2 meses de evolução. Ao exame físico destacava-se hepatoesplenomegalia dolorosa. Laboratorialmente com pancitopénia (Hb 11,0 g/dL; leucócitos 1840/L, com 45,9% de neutrófilos; plaquetas 127.000/L), β2 microglobulina 5,05 mg/L, hipergammaglobulinemia oligoclonal – IgG 2820mg/dL, IgA 817 mg/dL, cadeias leves K 2620mg/dL e L 1700mg/dL. Realizou-se mielograma e biopsia óssea, sem evidência de doença linfoproliferativa; serologias virais negativas. Para avaliação complementar foi efectuada TC toracoabdomiopélvica, que revelou adenopatias supraclaviculares bilaterais, adenopatias de todos os compartimentos mediastínicos e regiões hilares e marcada esplenomegalia homogénea (20 cm). Efectuada biópsia excisional de gânglio mediastínico, que revelou linfadenite granulomatosa não necrotizante, com granulomas do tipo sarcóide. Admitiu-se o diagnóstico de sarcoidose tipo 1, com confirmação histológica e com envolvimento ganglionar, esplénico e hematológico. Referenciado à consulta de Pneumologia; mantém seguimento regular, a cumprir corticoterapia, com melhoria sintomática e laboratorial – leucopenia 3100/L e trombocitopénia 133.000/L – contudo sem remissão ganglionar. Os autores pretendem enfatizar a importância de equacionar esta entidade clínica perante formas de apresentação com envolvimento exclusivamente extrapulmonar, tipicamente menos frequente.

PO-06-49

LESÕES PETEQUIAIS RECORRENTES

Ana Luísa Azevedo, Anna Knoch, Olinda Caetano, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A vasculite cutânea de pequenos vasos engloba um conjunto de doenças caracterizado por púrpura palpável, causada por vasculite leucocitoclástica, cuja etiologia é variada. As vasculites variam em gravidade, podendo ser autolimitadas ou manifestar-se como doença sistémica. Apresenta-se o caso de uma mulher de 64 anos, autónoma, com antecedentes de reumatismo articular agudo em jovem, estenose mitral e aórtica, com prótese mecânica aórtica, anel protésico mitral e tricúspide, fibrilação auricular, hipertensão arterial e hipocoagulada. Observada pelo seu Médico de Família por lesões petequiais dispersas nos membros inferiores, tendo sido medicada com deflazacorte durante 10 dias. História de 2 episódios prévios há 2 e 3 anos. Após suspensão de corticoterapia, as lesões reapareceram, estendendo-se aos membros superiores e tronco. Sem história de introdução recente de novos fármacos. Internada no Serviço de Medicina Interna. Do estudo realizado durante o internamento, a destacar biópsia cutânea, que revelou alterações anatomopatológicas compatíveis com vasculite leucocitoclástica, estudo da auto-imunidade sem alterações, serologias víricas negativas e restante estudo analítico sem alterações relevantes. Fez angio-TAC toraco-abdomino-pélvico e posteriormente PET, que não mostraram imagens suspeitas ou processo inflamatório vasculítico nos restantes órgãos/vasos. Apresentou inicialmente regressão das lesões tendo-se optado por não iniciar corticoterapia. Após a primeira semana de internamento, observou-se agravamento das lesões dérmicas, tendo a doente iniciado corticoterapia e tendo sido substituído o anti hipertensor IECA por um ARA II, cuja dose havia sido aumentada nos 2 dias prévios. Apresentou melhoria progressiva das lesões, admitindo-se o diagnóstico de vasculite cutânea. A vasculite leucocitoclástica pode manifestar-se de modo sistémico e ter etiologia múltipla. A vasculite cutânea só deve ser considerada após investigação para exclusão de envolvimento sistémico.

PO-06-50

HIPERTENSÃO PULMONAR DE ETIOLOGIA MULTIFATORIAL- A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Marta Calçada, Elsa Meireles, Sara Montezinho, Manuela Alves, Dulce Silva
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA

A hipertensão pulmonar (HP) é uma entidade definida hemodinamicamente por um aumento na pressão arterial pulmonar média ≥ 25 mmHg em repouso, aferida por cateterismo cardíaco direito. Pode ser associada a vários contextos clínicos com abordagens e estratégias terapêuticas distintas. Descreve-se o caso de um homem, 49 anos, com história prévia de exposição profissional prolongada à cortiça, diabetes latente autoimune do adulto e tromboses venosas profundas sem estudo prévio. Foi enviado para a consulta de medicina interna por clínica de insuficiência cardíaca direita. Do estudo efetuado, a destacar ecocardiograma que revelou disfunção sistólica ventricular direita e HP de novo e cateterismo cardíaco direito que confirmou HP grave. Atendendo à história de eventos trombóticos realizou cintigrafia de ventilação perfusão que mostrou tromboembolismo pulmonar crónico e as provas de função respiratória foram compatíveis com DPOC grupo GOLD C. Do estudo efetuado salientava-se anticorpos antifosfolipídicos e anticorpo antidsDNA positivos e complemento baixo. O restante estudo foi negativo, incluindo doença tiroideia, hepática, sarcoidose e infeção por VIH. Foi referenciado à consulta de doença vascular pulmonar e iniciou antagonista dos receptores da endotelina e inibidores da fosfodiesterase com boa resposta clínica. Este caso demonstra HP multifatorial, secundária a doença do tecido conjuntivo, a doença pulmonar com hipoxémia e a tromboembolismo pulmonar secundário ao síndrome anti fosfolipídico. A patofisiologia da HP no lúpus eritematoso sistémico envolve múltiplos mecanismo nomeadamente: tromboembolismo crónico, doença pulmonar intersticial, doença venooclusiva e envolvimento miocárdico. Os autores pretendem demonstrar a importância de uma abordagem multidisciplinar no reconhecimento das diferentes entidades clínicas associadas à HP, de forma a optimizar o tratamento e participar ativamente na definição do prognóstico da doença.

PO-06-51

LES COM UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE

Ana Brito, Maria Amaral, Mariana Silva, Paulo Barreto
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL SERVIÇO MEDICINA 2.3

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença crónica imunomediada. Afeta especialmente mulheres e é diagnosticado muitas vezes na idade fértil. A sua apresentação é bastante variável uma vez que pode afetar qualquer órgão. Alguns casos estão associados ao Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido (SAAF). Apresenta-se um caso de uma mulher de 22 anos com história pessoal de trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo sem outros antecedentes relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por aparecimento súbito de pequenas máculas violáceas, três a quatro simetricamente distribuídas nos membros superiores e inferiores, dolorosas e não pruriginosas. Foi enviada à consulta de Doenças Autoimunes onde fez o estudo de SAAF que revelou positividade para anticoagulante lúpico (LA) e anticorpos antifosfolipidos (anti-cardiolipina IgM e IgG, anti-beta2glicoproteina IgM e IgG). Iniciou terapêutica anticoagulante oral com varfarina. 2 meses depois iniciou quadro de rigidez articular e artralgias generalizadas. Em reavaliação analítica verificou-se uma anemia de 8.8 mg/L de hemoglobina com volume globular médio (VGM) de 101 fL, e leucopénia de 3500 células/uL com linfopénia 780 células/uL. O valor de lactato desidrogenase (LDH) aumentado (279U/L) e o teste de Coombs direto positivo confirmaram o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune. Nesta altura fez restante estudo que revelou título de anticorpos antinucleares (ANA) de 1/160, anticorpos anti-dsDNA positivos (287 UI/mL) e consumo de complemento C3. Confirmou-se assim o diagnóstico de LES segundo os critérios da American College of Rheumatology (ACR) uma vez que a doente cumpria 4 dos 11 parâmetros estabelecidos. Iniciou terapêutica com prednisolona, hidroxicloroquina e azatioprina, mantendo a anticoagulação oral que já fazia. Este caso apresenta-se extremamente interessante uma vez que a vasculite cutânea não é uma apresentação inicial frequente do LES.

PO-06-52

DOENÇAS HEPÁTICAS AUTO-IMUNES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: PERSPECTIVA DO FOLLOW-UP EM CONSULTA

Marta R. Costa*, Alexandra Leitão*, Joana Abreu, Sofia Barroso, Rodrigues Pereira, Miguel Costa, Conceição Ferreira, Inês Pinho (*Os dois primeiros autores contribuiram de igual forma para o trabalho)
HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE

Introdução: A hepatite autoimune (HAI), colangite biliar primária (CBP) e colangite esclerosante primária (CEP) representam as três principais doenças hepáticas autoimunes (DHAI). Estas entidades têm um curso progressivo e, se não tratadas, podem evoluir para cirrose e insuficiência hepática. A sua apresentação clínica é variável, com o diagnóstico baseado nos achados clínicos, serológicos e histológicos. Objectivo: Caracterização clínica, analítica, histológica e terapêutica dos doentes com DHAI. Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes seguidos em consulta externa de Hepatologia e Medicina Interna com diagnóstico de DHAI. Resultados: Incluídos 16 doentes (14 mulheres e 2 homens), com idade média de diagnóstico de 62.5 anos (32-81). A maioria dos doentes foi referenciada por alterações das enzimas de citólise e colestase hepática (93.7%). Dos principais sinais e sintomas, destaque para o prurido (31.2%), dor abdominal (25%), náuseas e vómitos (18.7%). Do total de doentes, 8 tinham CBP, 5 HAI, 1 com CEP e 2 com síndrome de overlap (HAI e CBP, HAI e CEP). À altura do diagnóstico, 3 doentes (18.75%) apresentavam um estadio de cirrose. Do total dos doentes com HAI e overlap HAI, 3 estão sob terapêutica imunossupressora (corticóide e/ou azatioprina) com resposta total em 1 doente e resposta parcial em 2 doentes. Do total de doentes com CBP, 8 estão sob UDCA com resposta total em 2 doentes, resposta parcial em 5 doentes e resposta nula em 1 doente. Duas doentes não iniciaram terapêutica pela gravidade/co-morbilidades. Uma das doentes faleceu (mortalidade de 6.25%). Conclusão: As DHAI representam frequentemente um desafio diagnóstico. Os resultados apresentados nesta análise demonstram que a maioria dos doentes apresenta uma resposta positiva à terapêutica. Realça-se a importância do diagnóstico atempado no sentido de eliminar ou reduzir a inflamação, colestase e progressão para fibrose.

PO-06-53

DERMATOMIOSITE COMO PRIMEIRA MANIFES-TAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO CÓLON

Rita Silva, Rui Terras Alexandre, Elisa Tomé, João Preto, Juan Luengos, Tiago Loza, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - UH BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO:A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática caraterizada por lesões cutâneas típicas e envolvimento muscular. Tem 2 picos de incidência (infância e 5ª década de vida), com predomínio do sexo feminino. 25% dos doentes adultos com DM apresentam neoplasia maligna oculta. CASO CLÍNICO:Sexo feminino, 73 anos, recorre ao serviço de urgência por quadro com 5 meses de evolução de eritema na face e região extensora das mãos com prurido associado e agravamento com a exposição solar, diminuição marcada da força muscular, mialgias e astenia, com incapacidade de marcha nos últimos 3 dias. Apresentava eritema violáceo e edema periorbitário, eritema em V na região anterior do tórax, áreas de tonalidade violácea nas articulações metacarpofalângicas e joelhos, alopécia, atrofia muscular com tetraparesia de predomínio proximal. Analiticamente: anemia, TGO: 101U/L, creatinofosfoquinase total: 430U/L e LDH: 514U/L. Colocada a hipótese de DM paraneoplásica. O estudo imunológico foi negativo; aldolase normal e mioglobina fracamente positiva. A eletromiografia revelou processo miopático/miosítico, mais severo nos membros superiores e de predomínio proximal. TC toracoabdominopélvica evidenciou espessamento a nível do cólon sigmoide. A colonoscopia mostrou lesão exofítica e estenosante no cólon sigmoide distal. Não realizada biópsia muscular por agravamento clínico no contexto de uma atelectasia pulmonar com necessidade de ventilação mecânica. Iniciou prednisolona 1mg/Kg/dia e foi realizada resseção cirúrgica da lesão com escassa melhoria das lesões cutâneas. A anatomopatologia revelou adenocarcinoma do sigmóide T3N2aMx. Evolução desfavorável com óbito por choque hemorrágico. CONCLUSÃO:A DM associa-se a maior risco de neoplasia maligna, sobretudo nas idades mais avançadas de aparecimento da doença, devendo ser feito rastreio adequado. Os adenocarcinomas são o tipo histológico mais frequente e o seu tratamento pode fazer regredir as queixas musculares e cutâneas.

PO-06-54

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta R. Costa, Elsa Gonçalves, Raquel Ervalho, Pilar Barbeito
HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR, EPE

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES), doença inflamatória de carácter multissistémico, pode atingir praticamente qualquer órgão e apresentar as mais variadas manifestações clínicas. O seu diagnóstico é baseado nos achados clínicos e imunológicos. Caso Clínico: Mulher de 28 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Medicada com anticoncetivo oral (ACO). Recorreu ao SU por queixas de dor e edema do membro superior direito (MSD). Sem outras queixas, nomeadamente queixas cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, perda ponderal, febre, astenia ou anorexia. Efetuou doppler do MSD que demonstrou trombose das veias subclávia, axilar e braquial direitas. Iniciou hipocoagulação e investigação etiológica. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente estudo protrombótico negativo. Realizou tomografia computorizada torácica, abdominal e pélvica, sem alterações significativas. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. O evento trombótico foi assim interpretado em possível contexto de toma de ACO, que suspendeu. Em consulta de seguimento apresentou queixas de poliartralgia das mãos e punhos de carácter inflamatório, eritema malar, aftas orais e alopecia. Analiticamente de novo trombocitopenia. Solicitado novo estudo autoimune, com destaque para diminuição da fração C4 do complemento; positividade para anticorpos anti-nucleares (1/1280, padrão mosqueado), anti-dsDNA, anti-nucleossomas, anti-C1q e anti-SS-A. Estudo para síndrome antifosfolípido negativo. Assumido diagnóstico de LES com sinais de atividade, tendo iniciado tratamento com prednisolona e posteriormente hidroxicloroquina. Conclusão: A inespecificidade da apresentação clínica do LES dificulta frequentemente o seu diagnóstico. Sem achados patognomónicos torna-se muitas vezes necessário um seguimento regular do doente para elevar a sua suspeita diagnóstica. No caso apresentado a apresentação clínica inicial associada à toma de ACO como fator confundidor acabou por atrasar o seu diagnóstico.

PO-06-55

HEPATITE AUTO-IMUNE E FIBROSE PULMONAR: UM CASO CLÍNICO

Ana Cunha, Filipe Martins, Edite Pereira
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Mulher de 74 anos, com antecedentes de exposição antiga a pombos e rolas (há > 12 anos), não fumadora e sem hábitos etílicos, sem antecedentes pessoais ou familiares de patologia respiratória ou gastro-intestinal, internada no serviço de Medicina Interna por derrame pleural e ascite. Dos MCDTs efectuados, a ecografia abdominal demonstrava sinais de hepatopatia crónica de etiologia desconhecida (serologia vírica, estudo genético para a hemocromatose negativos), pelo que realizou biópsia hepática que revelou quadro sugestivo de hepatite auto-imune. No estudo imunológico efectuado, foram encontrados ANA muito positivos (>1/1000) e hiper-IgG policlonal, sendo o restante estudo negativo. Após estabilização clínica teve alta para a consulta. Por início de quadro de anorexia, astenia, dispneia para pequenos esforços e tosse seca, sem hemoptises, realizou TC tórax que demonstrava fibrose de predomínio periférico, sem clara proeminência das bases, com bronquiectasia de tração, e discretos micronódulos de dimensões até 5mm no lobo superior direito. IGRA negativa, α1AT normal. Apresentava PFR e prova de 6 minutos de marcha normais mas DLCO extremamente diminuído (37%). Sem alterações no lavado broncoalveolar. Para esclarecimento diagnóstico realizou biópsia pulmonar que demonstrou fibrose laxa entre parênquima pulmonar normal, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com participação de eosinófilos em localização

peribronquiolar e espessamento dos vasos, sem granulomas epitelióides sugestivos de sarcoidose. A coexistência destas duas patologias na mesma pessoa é um achado raro (sem outros casos codificados neste hospital). Existem alguns casos clínicos descritos na bibliografia, no entanto ainda é escassa a informação. Estes achados sugerem uma base auto-imune para as patologias encontradas.

PO-06-56

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM FENOMENO DE RAYNAUND ENVIADOS PARA CAPILAROSCOPIA EM 2015

Leila Cardoso, João Gonçalves, Joana Paixão,Ricardo Marques, Fátima Silva, Dilva Silva, Mercedes Agundez,Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues&#8232,
HG-CHUC

Introdução: A capilaroscopia é uma técnica não invasiva para estudo da microcirculação a nível dos vasos capilares do leito ungueal. A principal utilidade desta técnica é a distinção entre Fenómenos de Raynaud (FR) primário e secundário. As doenças autoimunes (DAI)acompanham-se frequentemente de FR, sendo este praticamente universal na Esclerose Sistémica (ES). Objectivo: Caracterizar os doentes com fenómeno de Raynaud enviados para realização de capilaroscopia pela primeira vez durante o ano de 2015. Método: Estudo retrospectivo com base na consulta dos processos clínicos dos doentes que realizaram pela primeira vez capilaroscopia em 2015. Os dados recolhidos incluíram idade, género, consulta de referenciação, alterações observadas na capilaroscopia e existência ou não de doença autoimune associada. A análise estatística foi realizada com aplicação de uma amostra - IBM SPSS statistics versão 22.0® Resultados: O total de doentes foi 46, apresentando 38 doentes FR. Desses, 36 (94,7%) corresponderam ao género feminino e 2 (5,3%) ao masculino. A referir que 29% dos doentes encontravam-se na faixa etária 51-60A e 24% entre os 40-50 A. A maioria dos pedidos foi a partir da consulta de doenças Autoimunes (55%), seguida da consulta de Medicina Interna (45%). Analisando as DAI associadas, verificou-se que o Síndrome de Sjogren foi a mais prevalente (11%), seguida da Crioglobulinemia (5%). A grande maioria dos doentes (87%) não apresentou alterações na capilaroscopia. Apenas 5% dos casos apresentaram padrão esclerodérmico. Conclusão: Verificou-se que a maioria dos doentes com FR apresentava capilaroscopia normal (87%), o que sugere FR primário. O sexo feminino assumiu maior representatividade sobretudo em populações jovens. A capilaroscopia é um exame simples, que permite avaliar a microcirculação, e que tem vindo a ganhar importância no diagnóstico precoce da ES, pois permite revelar desde cedo alterações (hemorragias, dilatações capilares) sugestivas do diagnóstico de ES.

PO-06-57

AVCS DE REPETIÇÃO: UMA CAUSA RARA

Carla Maia, Paulo Coelho, Joana Cancela, João Massano, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A arterite de células gigantes é uma vasculite de grandes vasos típica de indivíduos com mais de 50 anos que cursa frequentemente com sintomas constitucionais, cefaleia intensa e dor à palpação da artéria temporal superficial. Cerca de 40% dos casos apresentam manifestações atípicas, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais, que envolvem preferencialmente a circulação posterior. Apresentamos o caso de um homem de 73 anos hipertenso e fumador activo que recorreu ao serviço de urgência por alterações visuais com três dias de evolução. Apresentava ao exame uma hemianópsia homónima direita e a Tomografia a Computorizada (TC) encefálica mostrou um enfarte agudo no território da artéria cerebelosa posterior esquerda. Cinco dias depois, no internamento, surgiram novos défices neurológicos (disartria e ataxia), tendo repetido TC encefálica, que mostrou múltiplas novas lesões isquémicas no território vértebro-basilar. Não se identificaram causas de cardioembolismo no estudo etiológico. Constatou-se elevação da Velocidade de sedimentação (VS) - 86mm/h, bem como sintomas constitucionais no último ano. Pesquisa exaustiva de neoplasia oculta negativa. Negava cefaleias, dor à mobilização das cinturas ou dor à palpação das artérias temporais superficiais. Pulsos radiais e femorais presentes bilateralmente. Pedida tomografia de emissão de positrões, que revelou hipercaptação de fármaco nos grandes vasos arteriais (artérias carótidas internas, vertebrais e praticamente todo o trajecto da aorta). Assumida então arterite de células gigantes. Iniciou terapêutica com prednisolona 1mg/kg/dia e teve alta . Reavaliado em consulta 1 mês após a alta: sem eventos de novo; resolução parcial dos défices neurológicos; a VS normalizou. Este caso realça a importância de ter em consideração as causas mais raras de acidente vascular cerebral isquémico, mesmo em doentes idosos com factores de risco conhecidos para doença vascular.

PO-06-58

DERRAME PERICÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Jandir Patrocínio, Jemima Sala Patrocínio, Nicolau Domingos, Júlia Sabino, Fernando Flora, Naima Andrade
CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA - LUANDA

O Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória sistémica caraterizada pela presença de fenómenos de autoimunidade que pode afetar vários órgãos. O acometimento cardíaco constitui uma das manifestações mais graves e principal causa de morte em doentes com essa patologia. Os autores relatam o caso de um doente masculino negro de 46 anos de idade, negava história de tabagismo ou etanolismo, sem factores de risco cardiovascular. História com 3 meses de evolução caracterizada por poliartralgias assimétricas das grandes articulações acompanhada de rigidez matinal, com maior intensidade na articulação coxo-femoral esquerda, resultando em impotência funcional, com acamamento nos últimos dois meses. Concomitantemente astenia, anorexia não selectiva, alopécia e perda ponderal de 10Kg neste espaço de tempo. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia, sem outras queixas associadas. À admissão orientado, descorado, taquipneico, com intolerância ao decúbito, com instabilidade hemodinâmica (PA 85/50mmHg, FC 134bpm), ingurgitamento jugular a 45º, hipofonese cardíaca, dor à palpação no hipocôndrio direito, sem irritação peritoneal, deformidades das articulações interfalangicas e edemas bilaterais até aos joelhos, lesões hiperpigmentadas e hiperqueratose. A radiografia do tórax mostrou aumento do índice cardiotorácico, o ECG com baixa voltagem em DI, DII, DII, aVF, aVR, o ecocardiograma confirmou a presença do derrame pericárdico. Por tamponamento cardíaco fez pericardiocentese de emergência com saída de cerca de 370 ml de líquido amarelo turvo. O estudo do líquido pericárdico foi negativo para a tuberculose, sem células neoplásicas. Analiticamente com Hb 9.0 g/dl, ECA, serologias para Coxiella, Brucela e toxoplasmose negativas, serologias para o VIH negativas, o estudo da autoimunidade foi positivo para o lúpus eritematoso sistémico. O tamponamento cardíaco em doentes com LES, embora raro, tem evolução benigna, quando adequadamente tratado.

PO-06-59

DOENÇA DE GOODPASTURE – UM CASO SINGULAR

Ana Raquel Freitas, Gonçalo Sarmento, Ana Maria Silva, Elsa Sousa, Marco Fernandes, Paulo Reis Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A Doença de Goodpasture (DG) é caracterizada por glomerulonefrite, com ou sem hemorragia pulmonar, e anticorpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG). O anticorpo predominante é dirigido contra a cadeia alfa três do colagénio tipo IV, principal componente da membrana basal glomerular. CASO CLÍNICO: Homem, 25 anos, fumador, sem outros antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por tosse, hemoptises e dispneia com dois dias de evolução. Episódio semelhante, autolimitado, dois meses antes, medicado empiricamente com antibioterapia. Ao exame objetivo com crepitações dispersas na auscultação pulmonar. Nas primeiras horas de admissão apresentou rápido agravamento clínico com disfunção respiratória, cardiovascular e hematológica, e nesse contexto, admissão no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. Da investigação: anemia ferripriva, leucocitose, neutrofilia e proteína C reativa elevada; exames microbiológicos negativos; função renal normal e urina sem sedimento ativo. A tomografia computorizada do tórax mostrou densificação pulmonar em vidro despolido, difusa e bilateral. Realizou broncofibroscopia que confirmou a presença de hemorragia alveolar.

Do estudo imunológico, anticorpos anti-MBG positivos. Assumiu-se o diagnóstico de DG, iniciou plasmaferese, corticoterapia e ciclofosfamida. Posterior evolução favorável, com resolução progressiva das várias disfunções, confirmada com a redução do título de anti-MBG. Ao 16º dia, por indicação para internamento em enfermaria, decidida transferência para instituição hospitalar com a especialidade de Nefrologia. Teve alta ao 30º dia de internamento. CONCLUSÃO: O envolvimento pulmonar afeta 30 a 40% dos casos de DG. A apresentação apenas com hemorragia alveolar foi descrita em casos isolados. A singularidade do caso reside no atingimento pulmonar isolado, na falência multiorgânica com necessidade de tratamento em cuidados intensivos, com bom outcome final.

PO-06-60

ARTRITE REACIONÁRIA

Hugo Viegas, Gonçalo Mendes, Mafalda Figueira, José Barroca, Francisco Torres, Clara Rosa, Vítor Augusto
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO - CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA

A artrite reativa é uma entidade clinica rara (prevalência de 30 a 40 por 100,000 adultos) de natureza degenerativa, mais frequente no sexo masculino, e que obriga a um diagnostico de suspeição e à procura de etiologia infeciosa. Os agentes mais comuns são de origem gastrointestinal e genitoruinaria como a Chlamydia trachomatis, Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Escherichia coli, Clostridium difficile, Chlamydia pneumoniae e também VIH e Borreilia. Os autores trazem um caso clínico de um homem de 45 anos com um quadro de poliartralgias das pequenas articulações das mão, punhos, tornozelos e joelhos com agravamento em 5 dias com febre (38,5ºC) mialgias, sudorese, anorexia e dermatose eruptiva purpúrica localizada aos membros poupando face, tronco e mucosas, mais acentuada nos pés e caracterizada por pápulas purpúricas dispersas e pruriginosas. Negava rigidez matinal e queixas em repouso, sintomas gastrointestinais ou de infeção génito-urinária recente. Analiticamente apresentava elevação da PCR sem leucocitose, analise de urina com glicosúria e ligeira proteinuria, mas sem sinais de infeção ativa, hiperglicemia de novo mas a HbA1c era 6,6%. Realizou-se biopsia cutânea com alterações da parede vascular de pequenos vasos com edema e necrose fibrinóide e inflamação linfohistiocitária densa, com polimorfonucleares neutrófilos sugestivos de vasculite leucocitoclástica. As serologias indicavam um fator reumatoide positivo 264, autoimunidade negativa (ANA, ENAs incluindo scl-70, anti-CCP), VS 10 e positividade IgM para Mycoplasma pneumoniae. Restantes serologistas virais e bacterianas negativas. Realizou curso de anti-inflamatórios com melhoria da artrite. Os autores apresentam este caso de artrite reativa de etiologia incomum de predomínio nos membros inferiores e vasculite inespecifica cutânea atribuível a mycoplasma pneumoniae. Alem da discussão do diagnostico diferencial procuram demonstrar a importância das infeções como etiologia das poliartrites.

PO-06-61

ENFARTE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM CREST – CASO CLÍNICO

José Maia de Sousa, Halyna Fishchuk, Liliana Pedro, Nuno Bernardino Vieira, Filipa Azevedo, Estela Ferrão, Maria José Grade, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - UNIDADE DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA 4

INTRODUÇÃO: O CREST é uma doença auto-imune, variante da Esclerose Sistémica, caracterizado por calcinose, fenómeno de Raynaud, dismotilidade esofágica, esclerodactilia e telangiectasias. O envolvimento cutâneo é caracteristicamente distal aos cotovelos e joelhos podendo também envolver cabeça e pescoço. CASO CLÍNICO: Homem, 71 anos, antecedentes de cardiopatia isquémica e doença arterial periférica grave e incapacitante, anemia crónica, hipotiroidismo e doença renal crónica. Em 2011 tem primeiro episódio de cardiopatia com enfarte agudo do miocárdio anterior. Em 2016 é internado com quadro de insuficiência cardíaca descompensada com derrame pleural bilateral, num provável contexto de traqueobronquite aguda. O doente apresentava-se emagrecido, com fácies esclerodérmico, esclerodactilia, cicatrizes de úlceras digitais e fenómeno de Raynaud das mãos e pés constante. Analiticamente, destaca-se anticorpo anti-centrómero positivo. Tomografia Computorizada do tórax com esófago dilatado com conteúdo de estase na metade inferior, fina lâmina de derrame pericárdico e ateromatose calcificada da aorta torácica e das coronárias. Ecocardiograma com válvulas mitral e tricúspide com insuficiência ligeira e sinais indirectos de hipertensão pulmonar. Provas de função respiratória com padrão restritivo e diminuição acentuada da difusão pulmonar de monóxido de carbono. Foi colocada a hipótese diagnóstica de Síndrome de CREST, tendo o doente iniciado terapêutica específica. CONCLUSÃO: Não são necessários todos os componentes do CREST para ter o diagnóstico. Com este caso, salienta-se a sua apresentação multissistémica afectando diversos órgãos para além da pele, sendo a componente da calcinose o gerador de eventos isquémicos.

PO-06-62

ENVOLVIMENTO CARDÍACO NA DOENÇA DE BEHÇET: UMA APRESENTAÇÃO RARA

João Carvalho, Patrícia Carneiro, Eduardo Dantas, Bárbara Lobão, Eugénio Dias, Villa de Brito
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - HOSPITAL DE SÃO BERNARDO: SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A doença de Behçet é uma vasculite sistémica dos pequenos, médios e grandes vasos. Clinicamente caracteriza-se pela presença de úlceras orais e genitais recurrentes e inflamação ocular (uveítes). Embora menos frequentemente, pode existir envolvimento da pele das articulações e dos sistema nervoso central e gastrointestinal. O envolvimento cardíaco é raro, presente até 6% dos casos e pode manifestar-se sob forma de vasculite coronária, enfarte agudo do miocárdio, doença valvular, pericardite, endocardite ou miocardite. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 44 anos, com história de refluxo gastroesofágico e aftas orais desde a infância, com diagnóstico recente de doença de Behçet, sob medicação com colchicina, seguida actualmente na consulta de doenças autoimunes por episódios de precordialgia. A avaliação laboratorial de ambulatório não revelou alterações relevantes, nomeadamente dos parâmetros de inflamação. O estudo electrocardiográfico revelou alterações dinâmicas nos episódios de precordialgia: O ecocardiograma foi normal e o cateterismo cardíaco não demonstrou lesões coronárias. A ressonância magnética cardíaca com contraste revelou pequena área de realce tardio subendocárdico na região do septo apical, compatível com isquémia e em provável relação com doença da microcirculação. A doente iniciou antiagregação com ácido acetilsalicílico que associou à terapeutica com colchicina. Os autores terminam a apresentação com uma discussão sobre o diagnóstico, a terapeutica e o prognóstico nestes casos raros de envolvimento coronário na doença de Behcet.

PO-06-63

DA PTOSE PALPEBRAL À MIASTENIA GRAVIS – UMA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA

Dídia Lages, Pedro Carneiro, Hugo Morais, António Jorge
SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, E.P.E.; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E.

Introdução: A Miastenia Gravis é uma doença autoimune mediada por anticorpos antirrecetores nicotínicos da acetilcolina pós-sinápticos ou contra a tirosina quinase músculo-específica, que provocam alterações morfológicas e/ou fisiológicas da junção neuromuscular. Objetivos: Pretendemos realçar a importância de um diagnóstico diferencial adequado no contexto de urgência. Métodos: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 61 anos, previamente independente para as atividades da vida diária. Dos seus antecedentes pessoais, a salientar dislipidemia mista e hipertensão arterial essencial. Recorreu ao Serviço de Urgência por ptose palpebral de predomínio esquerdo com diplopia e por disfonia, disfagia e astenia com início há cerca de um mês e agravamento progressivo. Sem outros sintomas ou sinais. Ao exame objetivo foram confirmados os défices neurológicos referidos, com reflexos osteotendinosos simétricos e normais, assim como um "ice pack test" positivo. Resultado: Dos exames complementares de diagnóstico realizados, o estudo

analítico, a urina tipo II, o electrocardiograma e a radiografia de tórax não tinham alterações. A gasimetria arterial não revelou insuficiência respiratória. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica não evidenciava lesões recentes. Por suspeita de síndrome miasténica, a doente iniciou prontamente piridostigmina e foi internada para estudo. Posteriormente foi doseado o recetor anti-colinesterase e realizada uma eletromiografia, sendo o diagnóstico de Miastenia Gravis confirmado. Neste contexto, foi submetida a terapêutica com imunoglobulinas. Foi também efetuada uma TC torácica para exclusão de timoma. Conclusão: A Miastenia Gravis constitui um diagnóstico relativamente raro. Apresenta-se com fraqueza muscular generalizada flutuante, tendo como manifestação inicial mais comum a ptose palpebral assimétrica com diplopia. Após a clínica de suspeição é fulcral uma terapêutica adequada, sendo a remissão da doença o objetivo último a alcançar.

PO-06-64

MANIFESTAÇÕES TROMBÓTICAS NO SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Rosa Macedo Carvalho, Vânia Gomes, Filipa Aguiar, Céu Rodrigues, Carlos Capela.
HOSPITAL DE BRAGA

O síndrome antifosfolípido (SAF) trata-se de um distúrbio multissistémico associado a uma variedade de anticorpos circulantes cujo alvo são diferentes complexos de fosfolípidos. O espectro de manifestações clínicas do SAF é grande, podendo envolver vários órgãos, caracterizando-se por predomínio de microangiopatia trombótica ou isquemia secundária a eventos tromboembólicos. Dada a sua complexidade, a sua forma de apresentação pode ser altamente variável. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 42 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e diabetes tipo II. História de um parto pré-termo às 34 semanas. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor no membro inferior esquerdo (MIE) e dispneia em repouso com quatro dias de evolução. Analiticamente, apresentava D-dímeros elevados, no Doppler do MIE observava-se Trombose Venosa Profunda (TVP) que se estendia da veia ilíaca externa esquerda para as veias femorais e safena ao longo do membro inferior esquerdo e a Angio-Tomografia Axial Computorizada (TAC) realizada, confirmou a presença de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) bilateral nos ramos lobares pulmonares. Do estudo etiológico realizado, o estudo pró-trombótico revelou um inibidor lúpico positivo, IgG AntiBeta2-Glicoproteina com título muito elevado, Anticardiolipina IgG também e ANAs não reactivos. Pela forte suspeita de se tratar de um SAF subjacente, repetiu o estudo imunológico três semanas depois, que confirmou os mesmos títulos, já sob hipocoagulação oral com varfarina, permitindo aferir diagnóstico de SAF. A doente mantém-se em follow up através da consulta externa, sem recidiva de novos episódios trombóticos. Os autores apresentam este caso que demonstra e alerta para a complexidade desta síndrome, com possíveis mecanismos fisiopatológicos múltiplos que determinam manifestações clínicas bastante heterogéneas, com implicações sobre a duração do tempo de hipocoagulação, sendo fulcral a realização do estudo pro-trombótico nestes doentes.

PO-06-65

SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO - INVESTIGA E ENCONTRARÁS

Manuel Martins Barbosa, Elsa Araújo, João Costelha, Joana Serôdio, Amanda Rey, Miguel Morgado, Helena Vilaçã, Anabela Brito, Marta Pereira, Vítor Hugo Costa, Liliana Costa, Selmira Faraldo, Paula Brandão
ULSAM H.CONDE DE BERTIANDOS - SERVIÇO DE MEDICINA 2

Quando um doente é admitido com diagnóstico de síndrome febril indeterminado o papel do seu médico ganha uma nova aura. Não há melhor desafio para o detective incansável que existe na essência de cada internista. Este é o caso de uma mulher de 60 anos, residente em ambiente rural, cujos antecedentes são um síndrome depressivo e um síndrome de dependência alcoólica para o qual teria feito desintoxicação. Recorreu ao serviço de urgência com tosse produtiva, expectoração mucopurulenta e dispneia assim como queixas de desconforto abdominal difuso. Adicionalmente, referia história com cerca de três meses de evolução de sensação distérmica, sudorese noturna, astenia, anorexia e uma perda ponderal de cerca de dez porcento do peso, sendo internada neste contexto. Pela sua complexidade e heterogeneidade, o síndrome febril indeterminado é um desafio em termos de atitude de investigação, razão pela qual não existe um algoritmo globalmente aceite. Estatisticamente, as causas infecciosas englobam cerca de 30 a 40 % dos casos, as neoplasicas 20 a 30 % e as doenças do tecido conjuntivo 10 a 20%. Outras, como as medicamentosas, são perto de10%. A literatura diz-nos ainda que 5 a 15% dos casos acabam com diagnóstico em aberto, apesar de estudo exaustivo. O caso foi abordado com recurso a estudo analítico, hemoculturas seriadas, serologias, marcadores de auto-imunidade,ecografia e tomografia, biópsia hepática e mielograma...contudo, os resultados mantinham-se inconclusivos e a doente mantinha febre, bem tolerada, e que facilmente cedia a antipirético. O caso foi resolvido após tomografia de emissão de positrões que mostrava exuberante hipermetabolismo glicolítico da parede da aorta revelando assim uma aortite inacessivel a biópsia e que permitia explicar todos os sinais e sintomas da doente. O tratamento com recurso a corticoide oral foi iniciado e a doente teve alta após dois dias de apirexia sustentada.

PO-06-66

SAAF: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mafalda Figueira, Bárbara Lobão, Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O síndrome antifosfolipidico (SAAF) é uma doença autoimune sistémica caracterizada por eventos tromboembolicos arteriais, venosos e/ou patologia associada à gravidez. O envolvimento do sistema nervoso central é uma das manifestações mais proeminentes podendo apresentar-se de diversas formas entre as quais a epilepsia, apresentação que tem sido relacionada com a presença de títulos elevados de anticardiolipina (aCL). Os autores apresentam um caso clínico de uma jovem de 27 anos trazida ao Serviço de Urgência por episódio inaugural de convulsão tónico-clónica generalizada durante o sono com status pós-critico prolongado. O exame objetivo não revelou alterações. Dos antecedentes pessoais destacava-se: aborto espontâneo no primeiro trimestre, obesidade e tabagismo. Mais recentemente enxaqueca associada a parestesias periorais, episódios de vertigem e acufenos incapacitantes. Da investigação salientava-se um prolongamento do aPPT (60.6s), presença de anticorpos antifosfolipido fortemente positivos (anticoagulante lúpico, aCL e anti- B2-glucoproteina); sem alterações do complemento ou de fatores de coagulação. A Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica não revelou alterações. A Ressonância Magnética Encefálica revelou focos de hipersinal T2 na substância branca cerebral frontal e parietal, inespecíficos na sua natureza, sem localização ou padrão típicos de doença desmielinizante primária. O EEG demonstrou atenuação da atividade alfa nas aérea esquerdas por provável assimetria extrínseca. Iniciou prova terapêutica de 3 semanas com heparina de baixo peso molecular em doses terapêuticas, com melhoria franca do quadro, sem novas crises convulsivas e melhoria das queixas de cefaleia e vertigem. Destacamos este caso pela associação pouco frequente, embora descrita na literatura, entre a presença de títulos elevados de aCL e crise convulsiva, bem como, a decisão de início de terapêutica anticoagulante em doente com suspeita de SAAF mas sem evento embólico prévio.

PO-06-67

TORACALGIA - SINAL DE ALARME DE CATACLISMO IMUNOLÓGICO?

Liliana Pedro, Elsa Campôa, Pedro Rouxinol, Teresa Ferreira, Marta Duarte, Filipa Azevedo, Raquel Pinho, Carlos Santos, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA 4

Introdução: A toracalgia apresenta-se como sintoma transversal a várias patologias. Quando associada a febre, síndrome biológico e progressiva disfunção multi-orgânica, torna-se imprescindível a célere diferenciação imunológica/infeciosa. Caso clínico: Mulher de 43 anos, com antecedentes de depressão grave, tabagismo e etilismo ativos; sem medicação atual. Recorreu à Urgência por toracalgia centro-torácica constante, de intensidade variável, aliviando com a flexão anterior do tronco, com cerca de 6 meses de evolução. Simultaneamente, com poliartrite simétrica de mãos e punhos (ritmo

inflamatório), alopécia e aparecimento recente de febre. Ao exame físico ainda com adenomegálias inguinais, axilares e supraclaviculares palpáveis bilateralmente. No internamento progrediu rapidamente para choque distributivo com disfunção multi-orgânica (renal, hepática, respiratória, metabólica e neurológica). Na procura de respostas etiológicas em epícrise constatou-se a elevação dos parâmetros inflamatórios, rabdomiólise, positividade para Hepatite A, Herpes simplex 1e2, EBV e CMV; elevação da β2-microglobulina; discreta elevação da TSH e ainda ANAs e anti-RNP positivos. Os exames culturais e de imagem não se mostraram esclarecedores, bem como o achado de "linfadenite reativa inespecífica" na biópsia excisional de gânglio inguinal. Perante estes dados, optou-se por uma abordagem terapêutica abrangente, com resultado clínico favorável e recuperação funcional completa. O posterior seguimento clínico revelou a etiologia de base encriptada neste choque: a patologia auto-imune. Conclusão: Este caso demonstra a gravidade e diversidade das doenças auto-imunes, onde sintomas do quotidiano clínico como a toracalgia tomam um papel central como sinal de alarme. De igual modo, salienta-se a importância que a etiologia auto-imune adquire num choque distributivo quase fatal, contribuindo para uma dualidade de resultados referentes a outras etiologias.

PO-06-68

SÍNDROME POLIENDÓCRINO AUTOIMUNE E LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO APÓS IMUNIZAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA

Carla Falcão, Adriana Santos Silva, Catarina Duarte Santos, Pedro Neves Tavares, Leonel Pinto, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

Os autores propõem-se a apresentar o caso clínico de uma mulher de 72 anos, seguida na consulta de medicina interna desde há 6 anos, com antecedentes de infeção por malária, dislipidemia e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência em 2010, com referência a dores articulares localizadas aos punhos, mialgias e temperatura subfebril com mais de um mês de evolução, atribuindo o início da sintomatologia à administração da vacina da febre amarela. Analiticamente, destacava-se leucopenia, linfopenia, anemia normocrómica normocítica, aumento das transaminases, gamaglutamiltransferase, fosfatase alcalina e proteína-C reativa. No estudo imagiológico ecográfico detetou-se hepatoesplenomegalia e nodularidades hepáticas sugestivas de doença hepática crónica. Na consulta, efetuou estudo complementar de diagnóstico que evidenciou positividade para anticorpos anti-nucleares, anti-histonas, anti-double stranded DNA, anti-nucleossomas, anti-mitocôndria, anti-fator intrínseco e anti-células parietais. Foi então diagnosticada gastrite atrófica e hepatite auto-imunes, que admitimos enquadrar-se num síndrome poliendócrino autoimune tipo 4. Ao longo do acompanhamento da doente, foram se evidenciando também critérios para diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico: trombocitopenia, alopecia, pleurisia, leucopenia, linfopenia, poliartralgias, positividade para anticorpos anti-nucleares e anti-double stranded DNA e hipocomplementemia C3 e C4. É do conhecimento geral que as patologias autoimunes sistémicas ou específicas de órgão podem se desenvolver após triggers infeciosos. As vacinas, como agentes de estimulação imunitária, podem estar envolvidas no despoletar de respostas imunitárias patológicas. Contudo, os eventos autoimunes após vacinação são raros, limitando a significância estatística dos estudos epidemiológicos no estabelecimento de uma relação causa-efeito.

PO-06-69

SÍNDROME CONSTITUCIONAL GRAVE - UMA CAUSA RARA

Carla Maia, Frederico Duarte, Catarina Cruto, Cristina Rodrigues, José Maximino, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A crioglobulinemia mista é uma doença rara causada pela presença de imunocomplexos no soro que precipitam a temperaturas abaixo dos 37ºC. Caracteriza-se pelo atingimento multiorgânico, incluindo lesões cutâneas, glomerulonefrite membranoproliferativa, hepatite crónica, neuropatia periférica e vasculite difusa. Apresentamos o caso de uma doente 71 anos que recorreu ao hospital por um quadro de perda ponderal não quantificada, astenia e deterioração funcional com um ano de evolução. Apresentava baixo peso e mau estado geral. Objectivada anemia de novo (8.3g/dL), hipoalbuminemia, elevação dos parâmetros de colestase e da proteína C reactiva. Pesquisa exaustiva de neoplasia oculta negativa. Ao 10º dia de internamento desenvolveu incapacidade de dorsiflecção do pé esquerdo, que impedia a marcha autónoma. O exame clínico detalhado dos membros inferiores revelou diminuição da força, alterações da sensibilidade álgica e desenvolvimento de púrpura não palpável quando em ortostatismo. TC da coluna lombar sem sinais de compromisso radicular ou lesões infiltrativas. Nos dias seguintes desenvolveu insuficiência renal rapidamente progressiva, com proteinúria sub-nefrótica e sedimento urinário activo. Equacionada então hipótese de doença auto-imune com atingimento renal de novo. Factor reumatóide positivo; restante estudo imune negativo. Pedido doseamento de crioglobulinas e realizada biópsia renal, cuja histologia revelou vasculite de pequenos/médios vasos. Pesquisa de crioglobulinas positiva, constituída por imunoglobulinas IgG e IgM, policlonais, compatível com crioglobulinemia tipo III. Iniciou corticoterapia em bólus e ciclofosfamida, verificando-se melhoria da função renal a partir do sexto dia de tratamento, recuperação do peso e da autonomia. O caso aqui relatado realça o atingimento sistémico grave por uma doença auto-imune pouco frequente, com óptima resposta clínica após início de terapêutica imunossupressora.

PO-06-70

MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS NO LÚPUS

Márcia Pacheco, Marta Moitinho, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA XIRA - MEDICINA INTERNA

Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune crónica caraterizada por envolvimento multisistémico. O sistema gastrointestinal (GI) pode ser afetado em cerca de 40% dos casos; as manifestações hepáticas e pancreáticas, embora incomuns, podem ser potencialmente fatais. Apresentamos os casos de duas doentes com manifestações GI de LES. O primeiro, mulher, 27 anos, medicada com contraceptivo oral, recorreu ao hospital por dor no hipocôndrio direito. Laboratorialmente com trombocitopénia e leucopenia, enzimologia hepática normal, serologias virais negativas, hipergamaglobulinémia policlonal, anticorpos antinucleares e antiRNP positivos. Na ecografia e tomografia (TC) abdominal apresentava hepatomegália isolada. Biópsia hepática com esteatose microvesicular. Iniciou terapêutica com prednisolona (PDN) com regressão dos sintomas. O segundo caso, mulher, 35 anos, antecedentes de LES com nefropatia lúpica, medicada cronicamente com PDN e azatioprina que suspendeu 6 meses antes. Recorreu ao hospital por dor abdominal, náuseas e vómitos. Análises compatíveis com pancreatite aguda e TC abdominal com aumento da dimensão pancreática, densificação da gordura adjacente e líquido peri-pancreático, sem litíase. Cumpriu 3 dias de corticoterapia em alta dose e após a suspensão, apresentou febre, poliartralgias e elevação de velocidade de sedimentação. Reiniciou PDN com melhoria clínica e descida de parâmetros inflamatórios. Os casos apresentados demonstram a importância de considerar as manifestações GI secundárias ao LES, como apresentação inicial ou recidiva da doença, possibilitando o tratamento precoce. Nestes, o diagnóstico de LES foi suportado pela melhoria clínica e analítica após corticoterapia. O diagnóstico do LES deve ser considerado em mulheres, em idade reprodutiva, que se apresentem com dor abdominal, náuseas e vómitos, embora seja necessário excluir outras causas.

PO-06-71

DOENÇA DE KIKUCHI E FUJIMOTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renato Costa Reis, Ernestina Mota, Patrícia Howell Monteiro, Rui M. M. Victorino
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA 2

Introdução: A doença de Kikushi-Fujimoto (DKF) é uma doença rara, com maior incidência na população asiática e no género feminino, de causa desconhecida. A apresentação pode ser aguda ou sub-aguda, sendo a manifestação clínica mais frequente a linfadenopatia unilateral, com envolvimento cervical em 70% a

98% dos casos. Febre, calafrios, odinofagia, cefaleias, sudação profusa, náuseas, vómitos, rash cutâneo e leucopénia são outras manifestações possíveis. Caso clínico: Mulher de 45 anos, melanodérmica, internada por febre, calafrios e sudorese com 15 dias de evolução. Ainda a referir tumefacção cervical esquerda dolorosa com 1 mês de evolução. Laboratorialmente: leucopénia ligeira, elevação da velocidade de sedimentação(55mm) e proteína-C reactiva (2,7mg/dL). Serologias para vírus imunodeficiência humana, vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, Herpes vírus 1-2, Bartonella henselae e Toxoplasmose negativas. IGRA negativo, hemoculturas e urocultura negativas. Autoanticorpos negativos. Ecografia cervical com adenomegalias múltiplas à esquerda. Citologia aspirativa de adenopatia cervical com necrose e marcada histiocitose. Com base nos achados histológicos foi estabelecido o diagnóstico de DKF. Instituída terapêutica com anti-inflamatório não esteroide (AINE) com resolução sintomática e redução progressiva das linfadenopatias. Conclusão: O diagnóstico diferencial de linfadenopatias cervicais e febre é extenso e inclui doenças diversas, como os linfomas, doença de Hodgkin, tuberculose, lúpus eritematoso sistémico (LES), entre outras. A DKF, apesar de muito rara, deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de linfadenopatias, especialmente nos doentes jovens. O seu diagnostico é histológico, e tipicamente o prognóstico a longo prazo é favorável, embora esteja descrito risco acrescido de desenvolver LES. Doentes sintomáticos podem beneficiar de AINE, podendo os corticóides ou hidroxicloroquina ser usados em casos mais graves ou na doença recorrente.

PO-06-72

VASCULITE SISTÉMICA NO IDOSO COM COMORBILIDADES

Joana de Castro Rocha, Inês Furtado, João Neves, João Gonçalves, Fernando Freitas Gonçalves, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, SERVIÇO DE MEDICINA

A Púrpura de Henoch Shonlein é uma vasculite sistémica de pequenos vasos rara, mediada por IgA e de predomínio masculino. Tipicamente apresenta-se por púrpura palpável, dor abdominal, lesão renal e artrite/artralgias. A histologia confirma o diagnóstico. Os autores trazem o caso de um homem de 68 anos, com co-morbilidades: Cardiopatia Hipertensiva e Isquémica com Insuficiência Cardíaca; Síndrome Metabólico completo e Doença Arterial Periférica grave; Tabagismo e Doença Pulmonar Crónica. Internado por lesão renal aguda, púrpura palpável com predomínio dos membros inferiores e hematoquezias associadas a dor abdominal. A colonoscopia demonstrou áreas de mucosa avermelhadas com locais de tonalidade violácea e superfície erosionada, sugestivas de atingimento por vasculite. Analiticamente com VS de 56mm, anemia hipocrómica e microcítica, lesão renal aguda (1,8mg/dL) e proteinúria (3382mg/g creat), com pesquisa de eosinófilos na urina negativos; ausência de trombocitopenia ou coagulopatia. Realizada biopsia cutânea que mostrou aspectos morfológicos e perfil de imunofluorescência directa sugestivos de vasculite leucocitoclástica. Apesar de não haver clínica de artrite/artralgias, apresenta restantes critérios de diagnóstico nomeadamente biopsia compatível com Púrpura de Henoch Shonlein, tronando este diagnóstico mais provável na apresentação clínica do doente. Foi introduzida corticoterapia sistémica, com melhoria clínica significativa. Nos quadros clínicos de apresentação incompleta, é mais difícil a caracterização da doença subjacente, devendo ser feita a investigação activamente. No caso exposto não houve lugar a biopsia renal pelas co-morbilidades diversas e limitantes do doente, e por ter havido boa resposta à terapêutica instituída, tornando este diagnóstico muito provável.

PO-06-73

UM CASO DE PIODERMA COMO MANIFESTAÇÃO DE OUTRAS DOENÇAS AUTO IMUNES

Sofia mendes, juan puentes, graça amaro, ermelindo tavares , ana lucia sousa
HOSPITAL SANTARÉM

O pioderma gangrenoso é um distúrbio raro (incidência 3 -10 casos/milhão/ano) caracterizado por lesões ulcerativas da pele, podendo ser uma manifestação de doença sistémica, nomeadamente doença inflamatória intestinal. A sua fisiopatologia não é totalmente compreendida, porém o tratamento consiste em imunossupressão. Existem alguns casos descritos de Doença inflamatória intestinal e Doença de graves, não se sabendo a base fisiopatológica para este fenómeno. Os autores descrevem caso de mulher de 38 anos que inicia quadro de nódulo eritematoso, doloroso na mama esquerda, e posteriormente supuração e drenagem de conteúdo purulento, associado a febre. Efetuou antibioterapia com resolução da lesão. Posteriormente houve aparecimento de lesões papulo-nodulares, eritematosas, muito dolorosas, no braço e antebraço esquerdos. Para além disso, referia palpitações, insónia e alguma intolerância ao calor. Em internamento estabeleceu-se o diagnóstico clinico e histológico de pioderma gangrenoso com sobreinfecção bacteriana a staphylococcus aureus meticilina sensível com início de antibioterapia dirigida e corticoterapia e melhoria progressiva deste quadro. A colonoscopia revelou apagamento vascular do reto e sigmoide distal sem outras alterações mas com biópsia compatível com ileite crónica com atividade focal com erosões aftóides sugestivas de ileite de Crohn . A avaliação da função tiroideia revelou anticorpos anti-tiroideus positivos e TSH indoseável com aumento de frações livres de T4 e T3 e TRAB positivo sugestivo de Doença de Graves. A ecografia de pescoço revelou tiroide multinodular e nódulo sólido no lobo direito com 28 x 20 mm, histologicamente compatível com nodulo coloide hiperplásico Bethesda II. Este caso clinico serve para descrever este tríplete de patologias como o espelho de uma só desregulação sistémica imunitária.

PO-06-74

CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

David Garcia, Isabel Silva, Pedro Gonçalves, Rosário Araújo
HOSPITAL DE BRAGA, MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A cirrose biliar primária (CBP) é uma doença hepática auto-imune(AI) rara que afeta predominantemente mulheres com idade superior a 40 anos. Resulta da interação de fatores genéticos e ambientais que induzem fenómenos de colangite crónica dos ductos biliares intra hepáticos de pequeno e médio calibre com destruição imuno-mediada dos mesmos. No momento do diagnóstico metade dos doentes estão assintomáticos. Os sintomas mais precoces são prurido e fadiga, sendo raros os doentes que se apresentam inicialmente com sinais de doença hepática avançada com complicações de hipertensão portal. OBJECTIVO: Apresentar um caso de diagnóstico de CBP. MÉTODO: Revisão de um caso clínico. RESULTADO: Mulher de 62 anos de idade com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, doença pulmonar obstrutiva cronica, esteatose hepática e insuficiência cardíaca. Referenciada à consulta de Medicina Interna para estudo etiológico de bicitopenia (Leucopenia e trombocitopenia). Ao exame físico apresentava-se anictérica, sem adenopatias palpáveis com esboço de circulação superficial. Impossível avaliar a presença de massas abdominais ou organomegalias devido à obesidade. Restante exame físico sem alterações. Da investigação inicial salienta-se para além da bicitopenia (Leucocitos 2300, Plaquetas 51000) AST 128, ALT 115 e GGT 763. Do estudo auto-imune (AI) destaca-se anticorpos antinucleares e antimiticondria positivos. Restantes parâmetros analíticos dentro dos intervalos normais. Realizou biópsia hepática cuja histologia se mostrou compatível com cirrose biliar primária. Neste sentido iniciou acido ursodesoxicolico(UDC) 1250mg por dia dividido em 3 tomas. CONCLUSÃO: Com este caso queremos salientar a importância do diagnóstico precoce e a utilização de terapia apropriada uma vez que retardam a progressão da fibrose hepática, aumentando a sobrevida.

PO-06-75

DE VULGAR NADA TEM…

Sara Augusto, Margarida Fonseca, João Delgado, João Teles Sousa, Joana Decq Mota, Isabel Madruga, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA I

O Pênfigo vulgar (PV) é uma doença bolhosa auto-imune rara,caracterizada por anticorpos dirigidos a proteínas de adesão epidérmicas,resultando na perda de adesão celular entre os queratinócitos.Acomete pele e mucosas com bolhas ou vesículas que originam ulcerações dolorosas e,se não tratado,pode levar à morte.Apresenta-se o caso de uma mulher de 49 anos,caucasiana,natural do

Faial com antecedentes de depressão,não medicada.Foi avaliada em consulta de Medicina por lesões muco-cutâneas ulcerativas com 3 meses de evolução na região oral,genital,infra-mamária,axilas,dorso e couro cabeludo.A biópsia confirmou o diagnóstico de PV.Iniciou Prednisolona (PDR) 60mg/dia mas foi internada após 2 meses por agravamento.A destacar anemia normocitica normocrómica,Hemoglobina 11g/dl,Proteína C Reactiva 2.4 mg/dl,Velocidade de Sedimentação119 mm/1ªh,função renal, hepática e estudo auto-imune normais (ANAs,ANCAs e complemento).Iniciou terapêutica imunossupressora com PDR 100 mg/dia e Azatioprina (AZA) 100mg/dia (ambas 1.5mg/kg/dia),mas por agravamento foi transferida para o nosso Serviço e optimizada AZA para 175 mg/dia (2.5mg/kg/dia) e manteve PDR100mg verificando-se melhoria com desmame da terapêutica.Por Linfócitos T CD4+ < 200 células e corticoterapia prolongada fez profilaxia de Pneumocistose.Verificaram-se intercorrências infecciosas como candidose oral,diarreia a Clostridium difficile,lesões herpéticas na coxa esquerda e infecção bacteriana de lesão pênfigoide na perna esquerda,resolvidas com terapêutica dirigida.Por melhoria franca foi transferida para o Hospital de origem,sob terapêutica em desmame,onde infelizmente faleceu por intercorrência infecciosa.O PV pode ser difícil de controlar,mesmo com terapêutica prolongada com corticóides sistémicos,obrigando a fármacos imunossupressores com efeitos adversos graves.É uma doença muitas vezes refractária à terapêutica de primeira linha,obrigando a imunossupressores responsáveis por complicações infecciosas,que podem ser fatais.

PO-06-76

ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bárbara Pedro, Mariana Gregório, Raquel Sousa, Ricardo Miranda, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, MEDICINA II

A Encefalopatia de Hashimoto é um síndrome raro e que passa, muitas vezes, despercebido. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 94 anos de idade, admitido no contexto de alteração do estado de consciência e disartria transitória, com cerca de uma semana de evolução. Ao exame objetivo apurava-se ligeira disartria. Apiréxia mantida, sem parâmetros analíticos compatíveis com infeção. Realizou tomografia computorizada de crânio (TC-CE) que não documentou alterações. Durante o internamento no serviço de observação verificou-se agravamento do ponto de vista neurológico, com glasgow coma scale (GCS) de 15 à entrada, a evoluir para 10, em cerca de 24 horas. Foi transferido para a enfermaria, apresentando GCS de 9, onde repetiu TC-CE que não mostrou lesões. Eletroencefalograma sem alterações. Realizada punção lombar, sem evidência de infeção do sistema nervoso. Dado o quadro súbito de alteração do estado de consciência, sem evidência imagiológica de lesão, retiraram-se os fármacos possivelmente depressores do estado de consciência e procedeu-se ao estudo de demências rapidamente progressivas, do qual se destacam os seguintes resultados: hipotiroidismo subclínico (TSH aumentada de 7,33mU/L, com fT4 normal), anticorpos anti-tiroglobulina e anti-peroxidase positivos (173 UI/mL e 196 UI/mL, respetivamente). Ressonância Magnética Nuclear crânio com administração de gadolínio sem alterações. Assumiu-se Encefalopatia de Hashimoto e iniciou-se curso de corticoterapia, com reversão total do estado de consciência em cerca de 3 dias, tendo alta com marcha autónoma, orientado e com discurso coerente e fluente. O achado de anticorpos anti-tiroideus elevados e exclusão de outras causas de encefalopatia, com resposta à corticoterapia, definem o síndrome. E embora tenha uma apresentação heterogénea, o diagnóstico reside numa elevada suspeição, sendo fundamental que os clínicos o tenham presente no diagnóstico diferencial de demências rapidamente progressivas.

PO-06-77

DOENÇA DE BUERGER - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Almeida Pinto, Inês Rueff Rato, Joana Rigor, Daniel Brandão, Daniela Martins-Mendes, Merlinde Madureira, Vitor Paixão-Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

INTRODUÇÃO: A doença de Buerger ou tromboangeíte obliterante é um processo inflamatório, não aterosclerótico, que afeta os vasos de pequeno e médio calibre e os nervos das extremidades. Manifesta-se por dor e claudicação dos dedos, evoluindo para necrose e ulceração. A amputação é uma realidade para muitos doentes. OBJETIVO: Apresentação de caso de doença de Buerger. CASO CLÍNICO: Homem, 45 anos, encaminhado para Consulta Externa de Medicina Interna (CE-MI) por fenómeno de Raynaud com dois meses de evolução, associado a edema recorrente do quarto dedo da mão direita. Trabalhador da construção civil e fumador de 80 UMA. Objetivamente, destaca-se rash helioptrópico discreto. Realizado estudo completo, abrangendo possíveis causas auto-imunes ou neoplásicas, que foi negativo. Capilaroscopia revela alterações compatíveis com fenómeno de Raynaud primário. Aconselhada cessação tabágica que é cumprida durante nove meses, nos quais se mantém assintomático. Retoma hábitos tabágicos e ao fim de dois meses recorre à CE-MI com placas necróticas ao nível dos dedos das mãos. Assumida doença de Buerger sendo otimizada terapêutica anti-isquémica e vasodilatadora, discutido com Cirurgia Vascular e protelada angiografia diagnóstica. Mantém seguimento em consulta. CONCLUSÃO: A Doença de Buerger é rara, não estando esclarecidos os mecanismos fisiopatológicos que a despoletam. Contudo, verifica-se uma forte associação com o tabagismo, imunidade, distúrbios da coagulação e hereditariedade. Este é um exemplo claro que a exposição ao tabaco contribui para o aparecimento e agravamento da doença. A cessação tabágica e a terapêutica vasodilatadora parecem ser a melhor estratégia terapêutica para este doente.

PO-06-78

PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Ferreira, Fernando Esculcas, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA/GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, com 76 anos de idade, com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca classe II NYHA e diabetes mellitus tipo 2. Internada para estudo de vasculite cutânea. Apresentava lesões purpúricas de início nos membros inferiores, com distribuição ascendente, afectando o tronco e os membros superiores, que teriam surgido três dias após a toma de antibiótico que não sabia especificar. Referia ainda artralgias de predomínio na mão esquerda. Do estudo realizado, documentada eritrocitúria persistente ao longo do internamento e proteinúria. Multiplas avaliações citológicas da urina, sem evidência de células identificáveis como sendo de natureza neoplásica maligna. Colonoscopia com evidência de lesões petequiais da mucosa nos 40cm distais do colon e recto, tendo o exame histológico demonstrado pequenos agregados linfóides na lâmina própria, focos de hemorragia intersticial dispersos e lesões de colite inespecífica. Foi realizada biópsia de pele e biópsia renal, que confirmaram o diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schonlein. Ao longo do internamento, houve regressão parcial das lesões cutâneas. Teve alta referenciada para a consulta externa de Medicina Interna, onde foi documentada resolução total das lesões cutâneas bem como diminuição significativa da proteinúria. Acabou por falecer seis meses após o internamento, no contexto de descompensação da insuficiência cardíaca.

PO-06-79

ASTENIA E FEBRE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ARTERITE DE TAKAYASU

Sofia Narciso, Manuel Fernandes, Carlos Anjo, Sérgio Pinto, Fátima Duarte, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE - CHLN

A Artrite de Takayasu (AT) é uma vasculite dos grandes vasos, de etiologia desconhecida que afeta a aorta e os seus ramos principais. É uma patologia rara, tendo uma incidência anual estimada em 2,6 casos por milhão de habitantes e afeta principalmente mulheres jovens, de países Asiáticos. A morbilidade e mortalidade está diretamente relacionada com as complicações cardiovasculares dos órgãos afetados. O seu tratamento baseia-se no controlo da inflamação, da pressão arterial e das complicações da doença. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 19 anos, leucodérmica, sem antecedentes pessoais que recorre ao serviço de urgência por astenia e febre com 2 meses de evolução. Do exame objetivo destacava-se mucosas descoradas, sopro aórtico diastólico e sopro abdominal. Na avaliação analítica realizada apresentava hemoglobina de 8.9 g/dL; PCR 16.5 mg/dL e velocidade de sedimentação de 120 mm, sem outras alterações relevantes. Dos exames complementares de diagnósticos, destacam-se: ecografia abdominal que documentou hepato-esplenomegalia e ecocardiograma que documentou insuficiência aórtica grave e ectasia da aorta ascendente, serologias virais e bacterianas negativas. Por achado de ectasia da aorta realizou Angio tomografia computorizada tóraco-abdómino-pélvica que documentou: "espessamento parietal difuso e uniforme de toda a aorta torácica e abdominal proximal à emergência das artérias renais. Espessamento pronunciado no trajeto emergente das supra-aórticas (nomeadamente do tronco arterial braquiocefálico, da carótida comum e da subclávia), artéria mesentérica superior e tronco celíaco." Admitiu-se (AT) e iniciou terapêutica com corticoides com melhoria clínica. Atualmente seguida em consulta de Medicina Interna e Cardiologia em desmame lento de corticoide após introdução de terapêutica imunossupressora poupadora de corticoides.

PO-06-80

AS DOENÇAS AUTO-IMUNES E OS DOENTES DE "PAPEL" – RELATO DE CASO

Ivo Cunha, Cristina Rosário, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A doença de Sjogren é uma doença autoimune crónica classicamente associada ao síndrome sicca. Apresentamos o caso de uma mulher de 54 anos sem antecedentes pessoais/familiares de relevo que é enviada à consulta de Medicina Interna por "lesão renal aguda, VS elevada e ANA positivos". Clinicamente assintomática, sem alterações no exame objectivo. Analiticamente com anemia de doenças inflamatórias 11.7g/L, VS 73mm/1ªh, creatinina plasmática 1.5mg/dl (TFG 40ml/min) com sedimento urinário e gasimetria arterial sem alterações. Ecografia renal com atenuação da diferenciação parenquimo-sinusoidal, ANA 1:80 de padrão mosqueado, anti-dsDNA, ENA e anti-SSA positivos, hipergamaglobulinémia (IgG e IgM), 2 doseamentos de anticorpos antifosfolipídeos positivos, crioglobulinemia policlonal e biópsia de glândulas salivares compatível com doença de Sjogren. Excluída doença linfoproliferativa por TC toracoabdominopélvico e imunofluorescência de sangue periférico. Na ausência actual de mais manifestações clínicas, diagnosticou-se uma doença de Sjogren primária com factores de mau prognóstico, tendo-se iniciado tratamento com prednisolona e azatioprina. Verificada resolução da doença renal, prevalecendo a ausência de sintomatologia durante toda a investigação e tratamento. Os autores pretendem com este caso chamar a atenção para a existência de doenças auto-imunes clinicamente assintomáticas, bem como da importância da perseverança na busca de um diagnóstico perante alterações analíticas relevantes.

PO-07-01

LOMBALGIA, SERÁ SEMPRE A PATOLOGIA DA COLUNA?

Maksym Dykyy, Telo Faria, Carlos Monteverde
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2, HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (BEJA)

Mulher, de 43 anos de idade, casada, desempregada. Com antecedentes pessoais de HTA não controlada. Medicada com Bisoprolol 10mg id há 5 anos. Entrada no SU por quadro de lombalgia direita, s/ irradiação, acompanhado de vómitos alimentares desde há duas semanas. Sem queixas urinárias, nega febre. Foi medicada com AINEs e Ciprofloxacina sem benefício clínico. Voltou para SU por agravamento da situação clínica, acompanhado de dispneia aos pequenos esforços e edemas dos membros inferiores. No exame objetivo, exoftalmia, perfil tensional alto, taquicardia regular e edemas perimaleolares. Analiticamente sem parâmetros de infeção, VS-68, Ureia-117, Cr-3.10, Potássio-5.6. Urina II: s/ alterações. Ecografia renal: discreta diminuição das dimensões dos rins, predominantemente do rim direito, sem dilatação da árvore excretora. Internou-se no serviço de Medicina Interna com suspeita de Hipertiroidismo, Doença Renal Crónica (Nefropatia Hipertensiva), Síndrome Nefrótico?, HTA Secundária? Detetou-se T4 livre-26.4, TSH-0.00. Depuração de creatinina-23.7ml/min, proteinúria de 526mg/24h. Ecografia da tiroide: sem nódulos, sem adenopatias, a ecoestrutura a favor de tiroidite, sem outras alterações. Iniciou terapêutica com Propiltiourocílo para Hipertiroidismo primário com consequente melhoria clinica e analítica. Após novos resultados analíticos, com Ac. TG-239, Ac. TPO-3984, TRab Ac. Antireceptor de TSH: 26 (positivo) faz-se diagnóstico de Doença de Graves. Teve alta para consulta de Medicina Interna com estudo de HTA Secundária.

PO-07-02

LIPOTIMIAS DE REPETIÇÃO E HIPONATRÉMIA: NAS ENTRANHAS DA ENDOCRINOLOGIA

Ana Patrícia Gomes, Ana Vera Cruz, Pedro Lito, Dídia Lages, Eduardo Carvalho, Sandrina Machado, Carlos Lino, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO:A hiponatremia(HN) é um distúrbio hidro-electrolítico frequente. Em ocasiões pode mascarar uma causa endocrinológica, podendo ser uma forma de apresentação de adenoma hipofisário(AH). O hipotiroidismo (H) e a insuficiência adrenal (IA) fornecem pistas diagnósticas requerendo, contudo, um alto grau de suspeição. CASO CLINICO: Homem de 74 anos, internado por lipotimias(LP) de 8 meses de evolução com astenia e perda ponderal de cerca de 15kg. Referia poliúria. Como antecedentes tinha fibrilhação auricular, H tratado com levotiroxina (LT), anemia e vários internamentos por HN grave. Ao exame objectivo prostrado, hipotenso(90/54mmHg) e auscultação cardíaca arrítmica. Restante exame normal, inclusive o neurológico. As análises com HN de 118 mg/dL, com potássio normal, glicémias baixas, anemia normocítica normocrómica, TSH normal e T4L de 0.60(0.93-1.70), a sugerir H central. O estudo cardiovascular descartou causa cardíaca de LP. A TAC craneoencefálico(CE) descreveu "massa ocupando a sela turca compatível com AH", confirmada por RNM CE como macroadenoma(MA). Análises com cortisol 1,10ug/dL(3.7-19.4),testosterona 0.20(1.56-5.63),ACTH 13,3(9-52ng/dL),GH 0,09(<3,0µg/L),ADH 14,5(<6,7pg/mL),TRH 235(<25pg/mL). O teste do Tetracosatido foi subnormal. A associação da clinica com analises e imagiologia vieram apoiar o diagnóstico de Panhipopituitarismo(PHP). Foi iniciado glucocorticóide e posterior correcção do H com doses adequadas de LT. Verificou-se excelente resposta com correcção da HN, anemia, melhoria do perfil tensional e astenia. Em consulta, objectivou-se ganho ponderal, com doente assintomático. Foi proposta neurocirurgia do MA. CONCLUSÕES: A HN no contexto de PHP deve-se ao hipocortisolismo no contexto de IA secundária e ao consequente estímulo na produção de hormona antidiurética(ADH), levando à retenção hídrica. As complicações derivadas do PHP como a HN severa impõem uma importante morbi-mortalidade, daí a importância da sensibilização para o diagnóstico.

PO-07-03

UMA CAUSA IMPENSÁVEL DE HIPOCALCÉMIA

Vanessa Ventura Vieira, Gabriela Correia, Leonor Monjardino, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Existem várias causas de hipocalcémia, sendo a produção diminuída de PTH ou de Vitamina D as mais frequentes. Nos adultos, o hipoparatiroidismo resulta frequentemente da lesão cirúrgica das quarto glândulas paratiroideias aquando da cirurgia cervical, mas pode ser manifestação de doença autoimune ou de Sarcoidose. Os autores descrevem um caso de hipoparatiroidismo primário secundário a traumatismo cervical e lesão isquémica das paratiróides, levando a uma situação crítica e ameaçadora de vida. Métodos: apresentação de caso e revisão bibliográfica. Resultados : Mulher, 67 anos, com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Trombofilia minor, Doença de Parkinson, Status pós traumatismo Crâneo-encefálico e cervical por acidente de viação há 3 anos, transferida para o hospital de outra instituição de saúde onde estava entubada oro-traquealmente por estado pós-ictal após convulsão tónico-clónica. Ao exame objectivo: escala de coma de Glasgow 6 (Abertura dos olhos espontânea, sem resposta verbal ou motora), sem sinais neurológicos focais. Foram iniciados anti comiciais e a doente foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos. Analiticamente: Cálcio 4.4 mg/dL, Fósforo 6.9 mg/dL, Magnésio 1.3 mg/dL, PTH 18 pg/ml, diminuindo para 9.2 pg/ml após administração de Magnésio. O resto da investigação não revelou qualquer alteração. Após correção das alterações eletrolíticas, a doente recuperou o estado de consciência e teve alta com Suplementos de Cálcio, Vitamina D e Magnésio. Manteve-se sempre assintomática até à data. Conclusão: Após toda a investigação, os autores chegaram ao diagnóstico de Hipoparatiroidismo primário secundário a um evento isquémico/traumático devido a traumatismo cervical aquando de acidente de viação há 3 anos. Assim, este caso torna-se interessante, pois apesar de não estar descrito o traumatismo cervical como causa de hipoparatiroidismo primário, esta pode ser efetivamente causa desta condição e deve ser pesquisada.

PO-07-04

QUALIDADE DE SONO NA DIABETES

Marina Boticario, Vera Gomes, Catarina Faria, Bruno Pedro, Helena Dias, Maria Filomena Roque
HOSPITRAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA III-B

Introdução: A privação do sono pode comprometer a saude, uma vez que é durante o ciclo sono/vigilia que são produzidas hormonas que desempenham papeis vitais no funcionamento do organismo. Distúrbios do sono em diabéticos do tipo 2 constituem fatores de risco para o agravamento do diabetes, pois podem interferir no controle metabólico através da síndrome da resistência à insulina. Objectivo: Avaliar numa população de Diabeticos que frequentam consulta hospital a prevalencia de disturbios do sono e a sua influencia no controle metabolico. Material e metodos: estudo observacional transversal sendo inglobados consecutivamente os doentes que recorreram à consulta num periodo de 3 meses. A qualidade do sono foi investigada aplicando o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Resultados:Foram englobados 144 doentes, a maioria (52%) apresentou escores do PSQI que indicam má qualidade do sono. Aqueles com tempo de diagnóstico superior a 12 anos, Hg A1c>7%, IMC superior e com hipertensão possuíam pior qualidade do sono. Conclusões: Os achados do nosso estudo vêm de encontro aos dados da literatura, reforçando a relevancia do tema. Neste estudo no entanto e dada as suas caracteristicas não foi possivel retirar mais ilações.

PO-07-05

HIPOTIROIDISMO UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA EM CUIDADOS INTENSIVOS – CASO CLÍNICO

Eva Claro, Filipe Filipe, Rui Assis, Tiago Pereira, Nuno Lopes, Nuno Catorze
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

Mulher de 79 anos, com antecedentes pessoais de Anemia Perniciosa, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Dislipidemia e Obesidade, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e cansaço fácil com 24h de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com uma telerradiografia torácica evidenciando sobrecarga hídrica, sem alterações agudas na gasimetria arterial e embora a inexistência de leucocitose, tinha Proteína C Reactiva elevada (PCR). Face à apresentação clínica a doente permaneceu em vigilância na urgência, onde evoluiu em poucas horas com depressão do estado de consciência, acidose metabólica grave, choque e lesão renal aguda anúrica, tendo sido admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Na UCI teve necessidade de ventilação mecânica invasiva, suporte vasopressor e técnica de substituição renal (TSR), destacando-se a necessidade de sedo analgesia pontual. Após colheita de rastreio séptico, iniciou empiricamente Amoxicilina - Ac. Clavulâmico e Claritromicina, embora a inexistência de leucocitose e PCR elevada. Na pesquisa da etiologia do coma, dosearam-se hormonas tiroideias, cujo resultado que revelou um hipotiroidismo primário (TSH 43µgUI/mL e T4 livre 0.1ng/dL). Após inicio de levotiroxina, teve melhoria clinica significativa e progressiva, com descontinuação ventilatória e dos vasopressores. Manteve sempre a necessidade de TSR. A crise Mixedematosa é uma entidade nosológica infrequente com uma mortalidade superior a 50% quando não tratada, sendo de grande importância o reconhecimento precoce da causa de descompensação e tratá-la agressivamente, normalmente em ambiente de UCI.

PO-07-06

TRATAR A DOENÇA DE GRAVES: DIFERENTES DOENTES, DIFERENTES OPÇÕES

Tânia Batista, Joana Correia, Paula Manuel, Joana Capelo, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Enquadramento: Doença de Graves é a causa mais comum de hipertiroidismo. É uma doença autoimune com uma taxa de resposta ao tratamento que não é muito elevada. Assim, exige uma vigilância contínua de forma a adequar o tratamento a cada situação clínica, tendo em conta os desejos do doente e ponderando sempre os riscos e benefícios. De forma a ilustrar esta situação clínica são descritos 3 casos com 3 abordagens de tratamento diferentes. Caso 1: Mulher de 52 anos com clínica e analítica de hipertiroidismo por doença de Graves desde outubro de 2014. Sob tratamento médico com metibasol, com bom controlo de função e resolução dos sintomas. Caso 2: Mulher de 31 anos com doença de Graves conhecida desde janeiro de 2013. Já no terceiro tratamento médico, por recidiva de hipertiroidismo sintomático. Discutida opção de tratamento definitivo, a doente optou por iodo radioativo para controlo de doença. Caso 3: Mulher com doença de Graves diagnosticada aos 43 anos. Inicialmente medicada com antitiroideu de síntese. Contudo, a doente pretendia engravidar a curto prazo. Após discussão das opções terapêuticas, a doente optou por tiroidectomia para rápida resolução do hipertiroidismo. Discussão: O tratamento da Doença de Graves pretende melhorar rapidamente sinais e sintomas de hipertiroidismo e diminuir a velocidade de produção da hormona pela tiróide. Para isso, existem três possíveis opções de tratamento que devem ser ponderadas caso a caso: antitiroideus de síntese, iodo radioativo e tiroidectomia.

PO-07-07

A MAIOR INGESTÃO SALINA RELACIONA-SE COM A SÍNDROME METABÓLICA NUMA AMOSTRA DE DOENTES HIPERTENSOS

Ana Célia Sousa, M. I. Mendonça, A. Pereira, L.M.Correia, T.Góis, L. Nóbrega, S. Gouveia, A. Spinola, A.I. Freitas, C.Freitas, M.Rodrigues, E. Henriques, I. Ornelas, R. Palma dos Reis.
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

A síndrome metabólica (SM) é uma entidade com prevalência crescente no mundo desenvolvido (1/4 da população mundial adulta tem SM). A SM acarreta um risco cardiovascular acrescido e aumenta o risco de desenvolvimento de diabetes tipo II. A associação entre a ingestão de alto teor de sódio alimentar e o aumento de risco de SM tem sido descrito em vários estudos mas com resultados controversos. Objetivo: Avaliar numa população de doentes hipertensos se a alta ingestão de sódio se relaciona ou não com o aparecimento

de SM. Métodos: Amostra de 485 indivíduos hipertensos, constituímos dois grupos consoante tinham ou não SM. Definido a SM pela International Diabetes Federation (IDF): Obesidade central (medida da cintura ≥ 94 cm, no homem e ≥ 80 cm na mulher) associada a mais 2 dos 4 seguintes factores: Aumento dos triglicerídeos ≥ 150 mg/dl, HDL < 40 mg/dL no homem e < 50 mg/dL na mulher, PAS ≥ 130 ou PAD ≥ 85 mm Hg, glucose plasmática em jejum (FPG) ≥ 100 mg/dL ou DMT2 previamente diagnosticada. O grupo de doentes com SM era constituído por 295 indivíduos e o grupo sem SM com 190 indivíduos. Avaliamos em ambos os grupos a média da excreção de sódio na urina de 24h que se relaciona com a ingestão de sódio e comparámos as médias em ambos os grupos. A. Estatística: As variáveis contínuas são apresentadas pela respetiva média ± DP. Utilizamos o teste de t de Student para amostras independentes. A análise dos dados foi feita através da utilização do software estatístico SPSS for Windows versão 19.0. Usamos como limiar de significância o valor de p<0,05. Resultados: O grupo de doentes com SM tinha uma média de excreção de sódio urinária de 188,01±74,12 mEq/24h e o grupo de doentes sem SM 164,83±69,01 mEq/24h com (p=0,001). Conclusões: A excreção renal de sódio relaciona-se com a SM. Medidas dietéticas para redução do consumo de sal são abordagens importantes a implementar no sentido de reduzir o risco de desenvolvimento de SM e de diabetes tipo II.

PO-07-08

COMPLICAÇOES AGUDAS DA DIABETES MELLITUS – SINDROME HIPERGLICÉMICO HIPEROSMOLAR E CETOACIDOSE DIABÉTICA – A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Novo, Joana Ferreira, Rafael Velho, Elisa Torres, Jorge Cotter
HOSPITAL DE GUIMARÃES

Objetivos: Caracterização do perfil dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2015, com os diagnósticos de Cetoacidose Diabética (CAD) ou Síndrome Hiperosmolar Hiperglicémico (SHH). Material e métodos: Avaliação retrospetiva e transversal de episódios de internamento com o diagnóstico de CAD ou SHH no período previamente mencionado. Resultados: Dos 246 doentes analisados 57% são do género feminino e 43% são do género masculino. A idade média dos doentes admitidos por CAD é menor (47.9 anos) do que dos doentes admitidos por SHH (74.5 anos). Verificou-se um maior número de internamentos por SHH (58%) do que por CAD (42%). Observou-se um aumento global do número de descompensações ao longo dos anos, principalmente à custa dos SHH. Os internamentos por CAD são habitualmente mais curtos (8 dias) do que nos SHH (10 dias). Os episódios de doentes com Diabetes Mellitus Tipo 2 são predominantes (79.6%), em especial nos internamentos por SHH. Nos episódios avaliados as descompensações foram a primeira manifestação de diabetes mellitus em 19 doentes admitidos por CAD e em 32 doentes admitidos por SHH. A maioria dos doentes admitidos por CAD encontravam-se medicados com insulinoterapia, enquanto que a maioria dos internados por SHH se encontravam medicados com antidiabéticos orais. Em média verificaram-se HbA1c de 11%. Os três principais fatores de descompensação foram as infeções do trato urinário, as infeções respiratórias e o incumprimento terapêutico. Os dois principais sinais e sintomas observados foram a desidratação e a alteração do estado de consciência. O tempo médio de correção da descompensação aguda foi de 2.6 dias na CAD e 2.3 dias no SHH. À data de alta verificou-se um predomínio de terapêutica com insulina. As complicações mais frequentes do internamento foram a hipocaliémia e a insuficiência renal. A taxa de óbito decorrente das descompensações agudas da diabetes analisadas foi de 5.5%.

PO-07-09

OUVIR OS SINTOMAS E VER OS SINAIS – UM CASO DE HIPOGONADISMO PRIMÁRIO

Catarina Machado (1), António Afonso (2), Ana Agapito (2)
(1) SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA; (2) SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL

O hipogonadismo no homem é caracterizado pela diminuição da espermatogénese, da produção de testosterona ou de ambas. A apresentação clínica é variável dependendo da causa, dos níveis de testosterona e da idade de instalação do défice. O hipogonadismo primário resulta de alterações testiculares, com diminuição da produção de testosterona, oligospermia e concentrações elevadas de LH e FSH. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 35 anos, solteiro, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e sem terapêutica habitual. Avaliado em consulta de Neurologia por queixas de cefaleias pré-orgásmicas e orgásmicas bifrontais, com 2 meses de instalação, sem outros sintomas. Sem alterações ao exame neurológico. Foi realizado estudo com TC, Angio-TC e RM crânio-encefálica que se revelaram normais, avaliação analítica sem alterações de relevo para além de colesterol total de 223mg/dl com LDL 153mg/dl, TSH 5.23uUI/ml e T4 livre 0.92ng/dl, sendo encaminhado para consulta de Endocrinologia pelo hipotiroidismo subclínico. Nesta consulta foi constatado à observação doente de alta estatura, obesidade ginóide, voz aguda, pele glabra, ginecomastia bilateral, escassos pêlos na região púbica com distribuição em triângulo, pénis de morfologia e dimensões normais e testículos firmes nas bolsas com 1cm de diâmetro. Quando questionado negava queixas de astenia, diminuição da líbido ou da potência sexual e referia reconhecimento dos cheiros. O estudo analítico revelou testosterona total de 2.2ng/ml (valor de referência [VR] 1.4-9.2), LH 15.1mUI/ml (VR 0.57-12.07) e FSH 38.2mUI/ml (VR 0.95-11.95), com valores normais de ACTH, cortisol sérico, prolactina, estradiol e TSH. Perante o achado de hipogonadismo hipergonadotrófico foi pedido cariótipo cujo resultado se aguarda. O diagnóstico precoce do hipogonadismo é importante pois permite a introdução de terapêutica com testosterona no início da puberdade, promovendo o normal desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

PO-07-10

HIPOTIROIDISMO – UMA CAUSA RARA DE RABDOMIÓLISE

Gonçalves D., Aguiar D., Machado J., Gomes J., Linhares L., Silva D., Figueiredo A., Rodrigues A.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

INTRODUÇÃO: A rabdomiólise é uma entidade comum, frequentemente de etiologia multifactorial. O hipotiroidismo é causa frequente de miopatia sendo, em casos extremos, responsável por rabdomiólise, havendo poucos casos relatados na literatura. CASO CLÍNICO: Senhor de 79 anos recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia com 3 meses de evolução e mialgias nos membros inferiores nos 15 dias precedentes, sem outras queixas. Referia consumo de produtos não controlados farmacologicamente. Laboratorialmente apurou-se: agudização de doença renal crónica (U 22,7 mmol/L; Cr 206,6 µmol/L), hipercaliémia (K+ 5,23 mmol/L), aumento das enzimas de citólise hepática - TGO 132U/L (2x normal (N)) e TGP 123 U/L (1.8xN) e aumento da LDH (2747 U/L (4.5xN)) e da CPK (7660 U/L (45xN)). Dado quadro de rabdomiólise com lesão renal aguda associada, o doente foi internado para estudo e continuação de cuidados. No internamento e após exclusão das causas mais prevalentes de rabdomiólise, identificou-se hipotiroidismo: TSH 292 µUI/mL (N 0,4 – 4 µUI/mL), T4L < 0,3 ng/dL (N 0,8 – 1,9 ng/dL). Realizou doseamento dos anticorpos anti-tiroideus: anti Tiroperoxidase 1010 UI/mL (N < 40 UI/mL), anti-Tiroglobulina 521 UI/mL (N < 40 UI/mL), TRABS < 0,9 U/L (N < 1 U/L) e ecografia tiroideia: "textura difusamente heterogénea", fazendo-se o diagnóstico de tiroidite auto-imune. Para além da terapêutica dirigida à rabdomiólise, iniciou Levotiroxina 0.05mg, um comprimido por dia. Verificou-se melhoria progressiva das queixas, da função renal, das provas hepáticas e da rabdomiólise. Actualmente doente clinicamente estável, sem queixas. CONCLUSÃO: O espectro clínico da miopatia associada ao hipotiroidismo é vasto, sendo a gravidade clínica muitas das vezes relacionada com a severidade do hipotiroidismo. Apesar de ser uma causa rara, deve ser considerado, quando outras causas mais frequentes são excluídas. A terapêutica com levotiroxina permite a resolução complete do quadro.

PO-07-11

QUANDO A HIPOGLICÉMIA NÃO É HIPOGLICÉMIA.

Liliana Ribeiro dos Santos, Joana Rigueira & Ana Paula Vilas
HOSPITAL SANTA MARIA / CHLN - SERVIÇO DE MEDICINA 2B (DIRETOR: PROF. DOUTOR RUI MM VICTORINO)

Introdução: A hipoglicémia define-se como glicose sérica suficientemente baixa para causar sinais ou sintomas. Apresenta-se um caso clínico que ilustra a limitação da avaliação da glicémia capilar (GC) nos doentes com fenómeno de Raynaud. Caso clínico: Homem de 27 anos, melanodérmico, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro com 2 a 3 semanas de evolução de lipotimias recorrentes, algumas com perda de conhecimento. Em alguns dos episódios avaliou a GC, encontrando-se esta na ordem dos 50mg/dL. Optou-se pelo internamento para investigação etiológica. Embora o quadro pudesse corresponder a hipoglicémias sintomáticas recorrentes, a remissão espontânea, sem aporte de açúcar, contrariava a tríade de Whipple. Fez apesar disso a prova do jejum. Ao longo do internamento manteve-se assintomático, nomeadamente durante esta prova. Constatámos, no entanto, discrepância entre o valor de glicemia capilar e venosa. Objetivámos também períodos de palidez e cianose do leito ungueal, sugestivos de fenómeno de Raynaud. Procedemos então à determinação simultânea da glicémia capilar e venosa em três situações, com as mãos do doente à temperatura ambiente, após serem arrefecidas e após serem reaquecidas. Confirmou-se desta forma que as hipoglicémias não eram reais e, como tal, não estariam na origem das lipotímias. Conclusão: Admite-se que a redução da GC no fenómeno de Raynaud se possa dever a uma diminuição do fluxo capilar em relação com alterações na microcirculação periférica, o que resulta numa desaceleração da circulação da glicose e consequentemente num aumento da sua extração pelos tecidos. A determinação da glicémia em doentes em pleno fenómeno de Raynaud não deve, como tal, ser feita por via capilar.

PO-07-12

HIPOPITUITARISMO E HIPONATRÉMIA: CASO CLÍNICO

Maria João Alves Pinto, Raquel Sousa Almeida, Petra Margarida Pego, João Matos Costa
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA III

INTRODUÇÃO: Hipopituitarismo é uma doença endócrina crónica causada por várias etiologias, caracterizada pela deficiência na produção ou na acção de uma ou mais hormonas produzidas pela adenohipófise. As manifestações clínicas são variáveis, com apresentação insidiosa e depende do grau e severidade da deficiência hormonal. CASO CLÍNICO: Homem de 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, hiponatrémia não esclarecida, traumatismos cranianos múltiplos, incluindo estilhaço de mina de guerra. Recorreu à urgência por epigastralgia, náuseas, polidipsia e astenia de início progressivo. Por apresentar hiponatrémia grave (116mEq) foi internado para estudo. O potássio sérico era normal. Na análise de urina de 24 horas destacava-se natriuria normal e cortisol urinário nulo; no estudo endocrinológico verificou-se cortisol sérico baixo, ACTH normal, IGF1 normal, TSH normal, fT4 baixa, FSH, LH e testosterona baixas. A TC da sela turca mostrou área lesional centrada à região selar, com componentes cálcico e quístico (9mm); tendo a RM-CE confirmado lesão de partes moles com sede na sela turca (10mm) compatível com adenoma da hipófise, craneofaringioma ou quisto de inclusão. Observado por Neurocirurgia, não existindo indicação operatória, iniciou terapêutica substitutiva com hidrocortisona, testosterona IM e levotiroxina, com melhoria franca da energia e do funcionamento sexual, normalização da natremia e dos valores de função tiroideia. CONCLUSÃO: As lesões da sela turca devem sempre ser consideradas na abordagem diferencial da hiponatrémia. A detecção de insuficiência suprarrenal secundária deve levar à procura activa de sintomas e evidência laboratorial de disfunção de outros eixos hormonais, dado que os sintomas podem ser subvalorizados ou omitidos pelo doente (sobretudo da esfera sexual) e a correcção dos défices hormonais pode melhorar muito significativamente a qualidade de vida. Os sintomas visuais devem ser vigiados dada a proximidade com o quiasma óptico.

PO-07-13

UM CASO DE RABDOMIÓLISE NÃO TRAUMÁTICA

Sofia Salvo, Inês Santos, Vítor Freitas, Claudia Janeiro, Helena Nunes, Madalena Lisboa
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, CHLC, SERVIÇO DE MEDICINA 2.1

A rabdomiólise é uma entidade frequentemente encontrada no serviço de urgência, habitualmente associada, nos indivíduos saudáveis, a traumatismo, actividade física, convulsões ou consumos de álcool ou drogas. Apresenta-se o caso de um homem de 26 anos, saudável, internado num serviço de medicina para estudo de edema dos membros superiores e inferiores associado a fraqueza muscular proximal e parestesia. Negava défices motores ou outras queixas associadas. Analiticamente destacava-se rabdomiólise (CK 11341U/L), com discreta disfunção renal, dislipidemia e alteração da função tiroideia compatível com hipotiroidismo (TSH 215mUI/L, fT4 <0.40ng/dL), com elevação dos anticorpos anti-peroxidase e anti-tiroglobulina. Foi colocada a hipótese diagnóstica de hipotiroidismo no contexto de tiroidite de Hashimoto. Iniciou hidratação vigorosa e terapêutica com levotiroxina oral. Às 4 semanas apresentava resolução das queixas musculares e franca melhoria laboratorial da função tiroideia. O hipotiroidismo, que pode cursar com um quadro muscular, deve ser considerado no estudo da rabdomiólise não-traumática, pois, apesar de serem duas patologias frequentes, a sua associação é rara.

PO-07-14

QUANDO O SEGREDO ESTÁ NO CÁLCIO…

Sofia Nóbrega, Dina Santos, Anabela Faria, Eduarda Resende, Rafael Nascimento, Sofia Gonçalves, João Miguel Freitas, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objectivos: A prática médica não é isenta de iatrogenia, por isso, a par da prestação dos melhores cuidados, é fundamental a abordagem holística do doente, principalmente quando a gravidade do quadro clínico excede o expectável. Métodos: Descreve-se o caso de uma doente com 33 anos, com síndrome depressivo e alopecia não explicada, submetida a colecistectomia e coledocolitotomia com colocação de dreno de Kehr que permaneceu no abdómen durante um mês. Nessa sequência desenvolve celulite extensa cruro-inguinal com posterior piodermite generalizada e focos sépticos de localização múltipla, com isolamento de Staphylococcus aureus meticilino-resistente, Escherichia coli e Enterococcus faecalis no aspirado da loca do dreno abdominal. Resultado: Apesar de removido o dreno e instituída antibioterapia dirigida, manteve febre e apresentou agravamento, com eritrodermia descamativa generalizada e sépsis grave, constatando-se bacteriemia a Pseudomonas aeruginosa e Candida albicans e tropicalis, isoladas também nas pústulas cutâneas. Fez terapêutica dirigida. Ecocardiograma sem vegetações, tomografia computorizada (TC) toracoabdominopélvica sem identificação de outras lesões e serologias negativas para sífilis, hepatites e vírus da imunodeficiência humana adquirida. Perante a exuberância do quadro e a constatação de uma hipocalcémia persistente desde longa data foi feito estudo que revelou hiperfosfatémia e diminuição do nível sérico da hormona paratiroideia. A TC crânioencefálica revelou calcificações dos gânglios da base, compatíveis com hipoparatiroidismo crónico. Conclusões: O hipoparatiroidismo permanente pode manifestar-se com sintomatologia variada, explicando a depressão, a alopecia e as alterações a nível cutâneo mais exuberantes desta doente, uma vez que causa um défice da imunidade celular, predispondo a infecções fúngicas, principalmente por Candida, que podem ser refractárias aos antifúngicos. Pode incluir-se, neste caso, na síndrome autoimune poliglandular tipo 1.

PO-07-15

PORFIRIA CUTÂNEA TARDA, ACERCA DE UM CASO CLÍNICO.

Carmen Pais, Andreia Costa, Fernando Salvador, Sónia Carvalho, António Trigo Faria
HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As porfirias são um grupo de doenças metabólicas que resultam de défices enzimáticos na produção do heme, levando a acumulação dos seus

percursores, as porfirinas. A porfiria cutânea tarda (PCT) é a mais comum e ocorre pela diminuição da atividade da uroporfirinogénio-decarboxilase (Urod), hereditária ou adquirida. Caso clínico: Sexo feminino, 65 anos de idade, doméstica com antecedentes de Hipertensão arterial essencial e doença osteoarticular degenerativa, medicada com telmisartan e amlodipina há um ano, etorocoxib há seis meses, propanol há dois meses, diclofenac em SOS há dez anos. Consumo de 20g de álcool/dia. Encaminhada à consulta por calor na face e pescoço e escurecimento da pele com 1 ano de evolução, posterior surgimento de bolhas serosas no dorso da mão, pescoço, região anterior do tórax e região auricular com prurido associado, que evoluíram para lesões ulceradas. Sem alterações medicamentosas recentes, familiares maternos com pele escura e sem fatores epidemiológicos suspeitos. Do estudo realizado foi excluída leishmania, sífilis, infeção por VIH, VHB e VHC. O estudo das porfirias revelou porfirinas da urina aumentadas, nomeadamente hexacarboxil, octacarboxil e uroporfirina, protoporfirinas eritrocitárias aumentadas, porfirinas das fezes e porfobilinogéneo do soro normais. O estudo genético detetou a mutação do gene UROD e HFE C282Y em heterozigotia, sem evidência de sobrecarga de ferro e ferritina normal. Trata-se então de um caso de Porfiria Cutânea tarda tipo II. Iniciou tratamento com flebotomias, no total de 9, para ferritina sérica <20µg/dl e evicção alcoólica e de Anti-inflamatórios não esteroides, com melhoria progressiva das lesões cutâneas, consoante se documentou fotograficamente. Discussão e Conclusão: Neste caso, o álcool, o consumo de AINEs e a mutação do gene HFE foram os fatores desencadeantes de PCT, mesmo na ausência clínica de sobrecarga de ferro.

PO-07-16

HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA: CAUSA SUBDIAGNOSTICADA

Sara Castelo Branco, Tiago Pack, Catarina Cardoso, Catarina Pires, Teresa Garcia, Patrícia Cachado
HOSPITAL SANTA MARTA - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 4

O hiperaldosteronismo primário constitui uma causa pouco frequente e subdiagnosticada de hipertensão arterial. Os sinais de apresentação clássicos são a hipertensão e a hipocaliémia. Os adenomas produtores de aldosterona constituem uma das causas mais comuns. O hiperaldosteronismo associa-se a elevado risco de doença cardiovascular, incluindo hipertrofia ventricular esquerda, enfarte do miocárdio e acidente vascular isquémico (AVC). Os autores apresentam o caso de um homem de 62 anos de idade, com história pregressa de hipertensão arterial, conhecida há vários anos e polimedicado, diabetes mellitus tipo 2 e cardiopatia isquémica com insuficiência cardíaca com função sistólica deprimida. O doente recorreu ao SU, a 20/06/15, por quadro de hemiparésia direita e afasia. Admitiu-se AVC isquémico do hemisférico esquerdo. Analiticamente salientava-se hipocaliémia de 2.9. No internamento verificou-se perfil tensional de difícil controlo e recidiva da hipocaliémia após suspensão das medidas de correcção. Neste sentido, optou-se por realizar estudo complementar dirigido, do qual saliento: analiticamente renina de 3.3 uUI/mL, aldosterona plasmática de 27.3 ng/dL e ratio aldosterona/renina 8.24; Eco-doppler renal – sem estenose das artérias renais; TC-abdómen – nodularidade de 24 mm na supra-renal esquerda e outra de 14 mm na supra-renal direita, compatível com adenoma. O doente realizou prova de sobrecarga salina endovenosa: com aldosterona plasmática de 13.3 ng/dL às 0h, e de 26.7 ng/dL às 4 h. Perante os resultados, admitiu-se hiperaldosteronismo primário por adenoma secretor da supra-renal, optando-se pelo tratamento médico (após discussão em reunião multidisciplinar). Face ao impacto das doenças cardiovasculares em Portugal, nomeadamente a hipertensão arterial, os autores pretendem alertar para a importância do diagnóstico desta entidade clínica, com o intuito de reduzir a morbimortalidade associada, resultante das complicações cardiovasculares que advêm desta patologia.

PO-07-17

SIADH SECUNDÁRIO A CARBAMAZEPINA

Inês Furtado, Guiomar Pinheiro, Samuel Fonseca, Ana Campar, Teresa Mendonça
CENTRO DO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

As principais causas de hiponatremia são iatrogénicas, sendo os diuréticos os fármacos mais frequentemente envolvidos. No entanto, existem outras classes farmacológicas ligadas à hiponatremia e à síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). Os autores descrevem o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de risco vascular e nevralgia do trigémio, sob carbamazepina. O doente apresenta-se no serviço de urgência com tonturas, tendo sido objetivada hiponatremia de 124mmol/L, sem outros achados de relevo. Foram excluídas outras causas de hiponatremia e havendo relação temporal entre este evento e o início de carbamazepina foi assumido diagnóstico de SIADH associado a carbamazepina. Após suspensão deste fármaco e tratamento dirigido verificando-se resolução total do quadro. A hiponatremia associada a carbamazepina é um efeito adverso importante mas muitas vezes esquecido no diagnóstico diferencial. Serve o presente caso para relembrar da relevância desta associação.

PO-07-18

DIABETES INAUGURAL - FIM TRÁGICO

Susana Marques de Sousa, Mafalda Costa Pereira, Marta Rafael Marques, Dolores Vazquez, Cristina Marques, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 59 anos com polidipsia e poliúria desde há 1 mês, perda de 13 Kg em 4 meses e dor hipogástrica com 15 dias de evolução. Glicemia: 470mg/dl. Glicosúria e cetonúria, sem acidemia. Hemoglobina A1c: 14.9%. Documentada infeção urinária por E.coli que foi tratada. Ecografia abdominal e renovesical sem alterações detetáveis. Em contexto de Diabetes Mellitus inaugural iniciou metformina, vildagliptina e insulina glargina. Orientada para Consulta Externa de Medicina. Por dor abdominal recorrente nos quadrantes superiores, náuseas e vómitos alimentares persistentes, realizou endoscopias digestivas e tomografia computadorizada abdomino-pélvica - "corpo do pâncreas globoso ocupado por área hipodensa e hipocaptante de 57x16mm, correspondendo ao ducto de Wirsung dilatado e ocupado por estrutura tecidular hipodensa - suspeita de neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) envolvendo ducto principal. Adicionalmente, dois nódulos hepáticos no lobo direito suspeitos de lesões secundárias e moderada quantidade de líquido ascítico com caraterísticas sugestivas de carcinomatose peritoneal". Biópsia nódulo hepático: metástase de carcinoma mucossecretor. Decidido em Reunião de Grupo Oncológico quimioterapia paliativa que não iniciou por agravamento do estado geral e internamento por hemorragia digestiva alta com hipotensão arterial. Óbito ao 16º dia de internamento. A NMPI constitui uma lesão cística pancreática rara com origem no epitélio secretor de mucina e com diferentes graus de agressividade. Envolvendo o ducto de Wirsung, o potencial de malignidade é de 70%. Localiza-se predominantemente na cabeça do pâncreas. Atualmente a maioria são detetados numa fase assintomática, constituindo um achado acidental. A hipersecreção pode levar ao impactamento de muco nos ductos pancreáticos com consequente obstrução da drenagem pancreática o que pode resultar, nomeadamente, em sintomas de dor abdominal, pancreatites agudas de repetição, esteatorreia, diabetes mellitus ou icterícia.

PO-07-19

UM ANO DE LIRAGLUTIDE: AVALIAÇÃO DA PERDA PONDERAL E CONTROLO GLICÉMICO

Helena Santos Gonçalves, André Terras Alexandre, Ana Filipa Rebelo, Paulo Subtil, Trigo Faria
HOSPITAL DE VILA REAL, CHTMAD, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SERVIÇO DE PENUMOLOGIA

Introdução:O liraglutide é um análogo da GLP-1 (Glucagon-Like peptide 1), hormona produzida no intestino que promove a secreção insulina, diminui a motilidade e esvaziamento gástrico e o apetite. Este fármaco, utilizado na

terapêutica da diabetes mellitus tipo 2, apresenta-se como uma arma crucial no combate à insulinorresistência, com os estudos a revelarem perda de peso e redução da hemoglobina A1c.Objetivo: Avaliar o impacto do liraglutide no peso, IMC e HbA1c aos 3,6 e 12 meses de tratamento. Material e Métodos:Estudo retrospectivo em doentes da consulta de medicina/diabetes sob terapêutica com liraglutide. Avaliou-se os parâmetros: peso, IMC e HbA1c aos 0, 3, 6 e 12 meses de tratamento. Utilizou-se o Teste T para Amostra Emparelhadas para análise estatística usando o SPSS 20. Resultados:Amostra total de 19 indivíduos, idade média foi de 59,58 anos (± 7,159), 11 mulheres e 8 homens, 52,7% com 10-19 anos de doença, 12 sob terapia com insulina e antidiabéticos orais. Em 15 doentes a dose máxima tolerada foi 1,2 mg. Aos 0 meses de tratamento, o peso médio foi 95,51kg (± 17,57), a HbA1c média 8,04% (± 1,25) e o IMC 36,709 kg/m2 (± 6,18). O estudo mostrou uma redução significativa (p< 0,05) do peso e IMC aos 3,6 e 12 meses em relação ao peso inicial. Relativamente à HbA1c, houve redução significativa aos 6 meses. Em todas as variáveis verificamos uma tendência para o aumento entre os 6 e os 12 meses, mas sem significância estatistíca. Conclusões:Os resultados deste estudo vão de encontro ao que se encontra na literatura em relação às perdas ponderais promovidas pelo liraglutide. Em relação à melhoria do perfil glicémico, apenas ao 6 meses a redução foi significativa. O fato de todas as variáveis aumentarem entre os 6 e os 12 meses alerta-nos para a possibilidade de estagnação e/ou agravamento após um ano de tratamento. Sugere-se em estudos futuros avaliar uma amostra maior e mais tempo de avaliação .

PO-07-20

ESCORBUTO - UMA DOENÇA QUE AINDA EXISTE

Margarida Viana Coelho, Tânia Gago, Armindo Figueiredo
HOSPITAL DE FARO - SERVIÇO DE MEDICINA III

Introdução: O Escorbuto é uma doença causada pela deficiência de vitamina C (àcido ascórbico). As suas primeiras descrições encontram-se nos papiros de Eber no Antigo Egipto 1500 anos a.C., revelando-se uma castrófica causa de morte entre marinheiros na era dos descobrimentos e em civis durante guerras como a Grande Fome na Irlanda e a Guerra Civil Americana. Na atualidade observa-se a sua existência em alguns grupos de risco (má nutrição em idosos, alcoólicos, e em dietas restritivas intencionais ou por razões economicas) e de forma epidémica em campos de refugiados. Caso Clínico: Homem de 40 anos de idade, natural da Guiné Bissau, que recorreu ao serviço de urgência(SU) por dor abdominal ao nível do hipogastro e hematoquezias. Da observação no (SU) destacava-se história de hábitos alcoólicos marcados, anorexia, agitação psicomotora, hipotensão, desidratação, palidez cutânea, orofaringe com perda de peças dentárias, áreas de hipertrofia e hemorragia gengival e membros inferiores com alterações tróficas compatíveis com hiperqueratose. Da marcha diagnóstica salienta-se analiticamente anemia macrocítica (Hb 7,1 g/dl VGM 100) multifactorial e trombocitopenia (52x10^9/L). Realizada colonoscopia em que se observou no cego áreas de mucosa com focos de hemorragia de baixo débito, intercalando com áreas de mucosa íntegra, mas friável (as biópsias revelaram ligeira congestão vascular com focos hemorrágicos na lâmina própria). Biopsia hepática compatível com cirrose alcoólica. Discussão/Conclusão: Na impossibilidade de dosear àcido ascórbico nos leucócitos (mais fidedigno das reservas corporais), o diagnóstico de Ecorbuto foi realizado perante a história clínica de dieta inadequada, ausência de ingestão de vitamina C, alterações da pele, gengivas e mucosa intestinal, e a subsequente melhoria clínica do doente após introdução de nutrição adequada e suplementação vitamínica com àcido ascórbico.

PO-07-21

INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL - A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO

Margarida Viana Coelho, Armindo Figueiredo
HOSPITAL DE FARO - SERVIÇO DE MEDICINA III

Introdução: Em 1855, Thomas Addison descreveu uma síndrome clínica que associou às glândulas suprarrenais, posteriormente designada doença de Addison ou insuficiência suprarrenal (ISR) primária. Se a causa for central, envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise, designa-se por secundária (hipófise) ou terciária (hipotálamo). A ISR secundária, apesar de rara, é a mais frequente, e a causa mais comum de secreção insuficiente de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) é a administração exógena de corticoides. Caso Clínico: Homem de 76 anos que recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia, anorexia e perda de peso não quantificada com um ano de evolução. Nas últimas duas semanas apresentava dor abdominal difusa. Da observação salientava-se sonolência, baixo índice de massa corporal. Apresentava hipotensão postural. Analiticamente destacava-se hipoglicémia recorrente e hiponatrémia grave. A esposa desconhecia o uso de outra medicação além da referida à entrada no SU. Do estudo realizado no internamento verificou-se nível baixo de cortisol 4,7 ug/dL, deficiência de ACTH basal < 5,0 ug/ml, teste de estimulação com ACTH: baixo nível de cortisol e ACTH. Prolactina, LH, FSH e TSH: valores normais. Tomografia Computorizada: sela turca sem alterações. Após novamente se questionar o doente, foi referido o uso de pomada com betametasona por prurido inespecífico, confirmando-se assim o diagnóstico de ISR por administração exógena de corticoides. O tratamento com hidrocortisona, resultou em franca melhoria clínica e analítica. Conclusão: A duração dos sintomas, ausência de insuficiência na linha mineralocorticóide e grau de stress, influenciam a apresentação clínica. Geralmente os sintomas têm evolução crónica e insidiosa, por vezes sem sintomas de alarme, sendo necessário um elevado índice de suspeição clínica. Este caso pretende reforçar a importância de uma história clínica rigorosa e a necessidade de questionar os doentes no que respeita à terapêutica crónica no domicílio.

PO-07-22

QUE DORES NAS PERNAS!

Joana Sant´Anna, Francisco Rebocho, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPIRITO SANTO, ÉVORA

Introdução: O principal efeito do fenofibrato é a diminuição dos triglicéridos em cerca de 35-50%, com aumento do HDL, sem alteração do LDL. Apesar de ter efeitos favoráveis no metabolismo lipídico, não diminui o risco cardiovascular como outros fármacos, nomeadamente as estatinas. Apresenta efeitos adversos, nomeadamente cardiovasculares (TEP), renais (elevação de creatinina), gastrointetinais (diarreia), hepáticos (elevação das transaminasas) e musculo-esqueléticos (miopatia). Caso Clinico: Mulher 59 anos, veio à urgência por mialgias progressivas com agravamento há 2 semanas, com limitação funcional (mais evidentes nos membros inferiores). Antecedentes de dislipidémia, hipotiroidismo, hipertensão arterial, medicada com fenofibrato, levotiroxina e enalapril. Analiticamente apresentava lesão renal aguda, com Cr 2.4, Ureia 100; citólise hepática com AST 391, ALT 180, GGT 46; bem como LDH 3592 e CK 14720. Admitiu se miopatia/rabdomiólise e citólise hepática por fenofibratos. Ficou internada para vigilância e hidratação, com recuperação da função renal. A doente suspendeu o fármaco, com evolução clinica favorável. Conclusão: Apesar de ser um efeito adverso raro, o risco de efeitos musculo-esqueléticos aumenta nos idosos, nos doentes com hipotiroidismo e diabéticos. Em relação aos efeitos renais, o mecanismo pelo qual o fenofibrato aumenta os niveis de creatinina é desconhecido.

PO-07-23

DISTÚRBIOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA DE GRAVES

Gonçalo Castelo Branco, Mariana Formigo, Magda Fernandes, Fernando Esculcas, Rosa Maria, Jorge Cotter
MEDICINA INTERNA; HOSPITAL SENHORA OLIVEIRA GUIMARÃES

Doente, 56 anos de idade, autónoma, antecedentes de síndrome depressivo, foi trazida à Urgência (SU) após ter sido encontrada com períodos de desorientação. Sem outras queixas. Referia vinda ao SU 2 dias antes por agitação e cefaleias. Objectivamente apresentava-se hipertensa (157/92mmHg), taquicárdica (130bpm), com febre (38.2ºC). Estava agitada, com períodos de delírio, com necessidade de contenção física. No SU, analiticamente, salientava-se ligeira leucocitose com neutrofilia, PCR<2.9 e TSH <0.005, T4 livre 6.85, pesquisa de drogas de abuso positiva para benzodiazepinas. Electrocardiograma

revelou presença de taquicardia sinusal, com FC 125bpm, sem outras alterações. Realizou TC-CE, que se apresentava normal. Rx tórax sem alterações. Fez-se punção lombar, sem alterações de relevo. Admitida por alteração do estado de consciência, hipertiroidismo e traqueobronquite da comunidade. Medicada com amoxicilina e acido clavulânico 625mg 8/8h, aciclovir 600mg 8/8h, propiltiouracilo 300mg 6/6h e propranolol 40mg 8/8h. Com recuperação do estado de consciência habitual, assim como de apirexia sustentada ao fim de 48 horas. Fez EEG que não revelou alterações. Do estudo realizado no internamento salienta-se auto-imunidade positiva com anticorpo anti-receptor TSH. Ecografia tiróide – "Bócio com quistos foliculares bilaterais num quadro provável de doença de Graves". Realizou cintigrafia tiroideia – "achados compatíveis com Doença de Graves, com nódulo hiperfuncionante à direita. O índice de captação de pertecnetato está muito aumentado, em relação com hiperfunção da glândula". Teve alta clínica assintomática, medicada com propiltiouracilo 100mg 8/8h e propranolol 40mg 12/12h e a sertralina prévia.

PO-07-24

HIPOTIROIDISMO SECUNDÁRIO ASSOCIADO A SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA

Juliana Sá, Ans Patricía Gomes, Carlos Lino, Teresa Santos, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A síndrome da sela turca vazia traduz um achado imagiológico que se caracteriza pela herniação do espaço aracnóide com compressão da hipófise. Esta pode resultar em défice hormonal significativo levando ao aparecimento de hipotiroidismo central, sendo esta uma causa rara de hipotiroidismo no adulto. Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 50 anos, encaminhada para a consulta de Medicina Interna por queixas de astenia com 5 meses de evolução, associada a cefaleia parietal esquerda intermitente que agravava com os espirros, tosse e movimento anterior da cabeça com cerca de 10 meses de evolução. Referia ainda aumento ponderal de cerca de 10kg nos 12 meses prévios. A doente tinha antecedentes de depressão e infertilidade tendo recorrido a fertilização in vitro. Ao exame objectivo apresentava rarefacção pilosa. Sem outras alterações de relevo. As análises revelaram hipotiroidismo (TSH 3.03, T4 livre 0.12), diminuição dos valores de FSH e prolactina, com valores de TRH, ACTH e cortisol normais. A ecografia da tiróide não apresentou alterações e a ressonância magnética cerebral mostrou hipófise assimétrica e de pequenas dimensões, ocupando uma pequena região junto ao pavimento da sela, haste hipofisária ligeiramente desviada para a direita e o remanescente da sela turca ocupado por líquor. Evidenciou-se assim um hipotiroidismo central tendo a doente iniciado reposição com levotiroxina e permanecido assintomática desde então. Discussão: Neste caso pretende-se destacar a importância da integração clínica de todos os sintomas da doente que permitiram chegar ao diagnóstico e tratamento. A história de infertilidade associada a queixas recentes de astenia evidenciou a hipótese de se tratar de uma causa central. Apesar do hipotiroidismo de origem central ser uma causa rara de hipotiroidismo, este deve ser investigado sempre que haja suspeita clínica para tal.

PO-07-25

FRACTURAS PATOLÓGICAS POR CARÊNCIA NUTRICIONAL

Ricardo Baptista, Maria João Nunes da Silva
MEDICINA 2 SECTOR A - HOSPITAL DE SANTA MARIA - CHLN

Introdução: A Osteomalacia (OM) é um distúrbio do metabolismo fosfocálcico e da mineralização óssea, geralmente por hipovitaminose D. Nos países desenvolvidos associa-se a malabsorção por patologia digestiva ou alterações cirúrgicas da anatomia gastrointestinal. Caso Clinico: Homem de 63 anos de idade com história de adenocarcinoma gástrico in situ, diagnosticado 8 anos antes, submetido a gastrectomia total. Teve várias complicacões e mais de 20 cirurgias abdominais, que culminaram numa esofagectomia total e extensa ressecção de intestino delgado distal, reestabelecendo-se o trânsito com esofagoplastia com interposição de cólon direito, anastomose laringocólica, colojejunal e ileocólica à ansa de cólon transverso. Foi internado para investigação de fracturas patológicas, dores ósseas difusas e diminuição da força muscular. Apresentava-se emagrecido, com atrofia e hipotonia musculares e diminuição da força de predomínio proximal. Na avaliação laboratorial destacavam-se hipocálcémia, hipofosfatémia, hipovitaminose D e elevação de PTH e de fosfatase alcalina óssea. Apresentava também hipocalciúria e hipofosfatúria. Na gasimetria arterial tinha acidose metabólica hiperclorémia com anion gap normal. Nos exames de imagem destacavam-se osteopenia e vários sinais de fracturas ósseas prévias por insuficiência. A PET não revelou alterações atribuíveis a tecido neoplásico maligno. No follow-up, sob terapêutica com carbonato de cálcio e colecalciferol, constatou-se melhoria das queixas e normalização progressiva das alterações laboratoriais. Discussão: Assumiu-se o diagnóstico de OM por hipovitaminose D, com hiperparatiroidismo secundário e síndrome de Fanconi parcial. Na sua etiologia estavam os défices nutricionais por síndrome de intestino curto e malabsorção. Conclusão: Este caso é paradigmático das consequências metabólicas e osteo-articulares da carência nutricional, num país ocidental em que aumentam a prevalência de hipovitaminose D e das cirurgias gastrointestinais.

PO-07-26

UM CASO CLÍNICO DE HIPOCALCÉMIA DE DIFÍCIL CORRECÇÃO

Vasco Neves, Cláudia Tatá, João Barata, Susana Escária, João Pais, Joana Santos, Ana Bernardo, Inês Ribeiro1, Tiago Ramires, Nélson Cardoso, Sofia Gouveia Sílvia Lourenço, Conceição Barata
SERVIÇO DE MEDICINA 2 DO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E.

Introdução: Hipocalcémia com paratormona (PTH) diminuída ocorre por destruição das glandulas paratiroides (auto-imune, pós cirurgia da tiroide, paratiroide ou pescoço), desenvolvimento anómalo das paratiroides ou alteração da produção PTH.O hipoparatiroidismo pós-cirúrgico pode ser transitório, permanente ou intermitente. Caso Clínico: mulher, 52 anos, submetida a tiroidectomia total por bócio multinodular. Sob terapêutica com cálcio, calcitriol e levotiroxina, inicia no vigésimo dia pós-operatório parestesias das mãos, pés, peri-oral e contractura muscular. Laboratorialmente apresentava hipocalcémia (cálcio corrigido de 5.96 mg/dl), hipomagnesiemia 1.4mg/dl, TSH de 12.40 µUI/mL. Perante a hipótese de diagnóstico de hipocalcémia por hipoparatiroidismo pós cirúrgico, iniciou terapêutica endovenosa(EV) de reposição de cálcio, ajustou-se calcitriol e levotiroxina. Confirmou-se PTH diminuída.A doente necessitou de aporte de cálcio EV em doses elevadas e sempre que se tentou a transição para cálcio oral, em comprimido, ocorria hipocalcémia. Considerando-se deficiente absorção do cálcio, iniciou cálcio mastigável alcançando assim níveis terapêuticos. Teve alta ao vigésimo dia de internamento, medicada com cálcio mastigável, calcitriol e levotiroxina.No quinto dia após a alta, a doente é reinternada por vómitos, anorexia, tonturas e astenia.Analiticamente apresentava Creatinina sérica de 1.71 mg/dl, Cálcio de 19 mg/dl e Ca2+ de 2.17 mmol/l. Iniciou correcção da hipercalcémia com fluidoterapia vigorosa, que normalizou 48 horas depois, iniciando no internamento terapêutica de reposição de calcio. Conclusão: o caso clínico pretende ilustrar as dificuldades no tratamento da hipocalcémia e a elevada variabilidade que ocorreu do ponto de vista clínico e laboratorial em curtos intervalos de tempo na sua correção.Dada a gravidade das alterações da calcémia ocorridas, permitiu reflexão ácerca dos mecanismos de correcção, vias de administração de cálcio e sua monitorização.

PO-07-27

NEM SEMPRE O DIAGNÓSTICO MAIS ÓBVIO É O CORRECTO

Andreia Costa, Fernando Salvador, Trigo Faria
CHTMAD - VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Tempestade Tiroideia é uma entidade clínica rara mas com elevada taxa de mortalidade, caracterizada por manifestações clínicas de tireotoxicose severa. Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, de 39 anos, sem antecedentes de relevo. Em Julho de 2015 inicia episódios de ansiedade, cefaleia, tremor e perda de peso, que o leva a recorrer ao Serviço de Urgência (SU), tendo alta medicado sintomaticamente, orientado para a consulta de Neurologia para estudo. Durante a investigação, identificada lesão talamo-capsular esquerda em TAC-craneoencefálico, posteriormente confirmada em

RMN, sugestiva de enfarte recente, pelo que iniciou investigação de causa de AVC em doente jovem. Recorreu entretanto ao SU por manutenção dos sintomas tendo efectuado estudo complementar, do qual se destaca TSH 0,01 mIU/l e T4 livre 62,8 pmol/l com T3 livre N, anti-TSH (4,3 U/L) e antiperoxidase (142 UI/mL) positivos com antitiroglobulina negativo (35 UI/mL). Dado a clínica e as alterações analíticas, foi assumida Tempestade Tiroideia (Burch Watorsfky 60) em doente sem hipertiroidismo conhecido. Iniciou de imediato anti-tiroideus de síntese (inicialmente Propiltiouracil (PTU) e posteriormente Tiamazol), Hidrocortisona, Soluto de Lugol e Propanolol. Realizou ecografia da tiróide que revelou "Textura heterogénea, contornos regulares e dimensões normais." Verificou-se melhoria clínica progressiva com estabilidade eléctrica e hemodinâmica sustentada. Foram discutidas com o doente as opções terapêuticas (fármacos/iodo/cirurgia) que manifestou no presente preferência pelos anti-tiroideus de síntese. Mantém seguimento em consulta, sob Tiamazol, verificando-se redução progressiva dos títulos dos anticorpos e normalização da função tiroideia. É de extrema importância um reconhecimento precoce desta entidade assim como um tratamento imediato e adequado, que passa pelo tratamento dirigido à tiróide, tratamento de suporte e tratamento de qualquer factor precipitante.

PO-07-28

HIPERTIROIDISMO INDUZIDO PELA AMIODARONA - UMA BREVE CASUÍSTICA

Sandra Alves, Maria João Gomes, Teresa Cruz
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.

OBJETIVOS: A amiodarona é um antiarrítmico frequentemente utilizado, com elevado teor em iodo, pelo que a sua utilização resulta num aporte significativo deste ião, podendo causar disfunção tiroideia (até 30%). Embora o hipotiroidismo seja mais frequente, o hipertiroidismo induzido pela amiodarona (HIA) é um efeito adverso importante pela sua elevada morbilidade, motivo pelo qual as autoras decidiram estudar o HIA, a sua prevalência e características clínicas na população de um hospital distrital. MÉTODOS E RESULTADOS: Realizado estudo observacional, retrospetivo, tendo por base resultados laboratoriais compatíveis com hipertiroidismo, entre Janeiro de 2014 e Junho de 2015. Foram identificados 242 pacientes, tendo sido seleccionados 42 medicados com amiodarona (24 mulheres, idade média de 75 anos). 71% dos doentes apresentava clinica de hipertiroidismo. 52% realizou estudo ecográfico dirigido. Em 55% dos doentes foi iniciada terapêutica dirigida ao HIA, tendo sido necessário o início de corticoterapia em 14% dos doentes e em 2 casos a realização de tireoidectomia cirúrgica por tireotoxicose grave. DISCUSSÃO: Nesta casuística, 16 doentes tinham alterações da função tiroideia compatíveis com disfunção prévia, o que favorece HAI tipo 1. Em 6 doentes a ecografia foi sugestiva de tiroidite suportando HIA tipo 2. Atendendo a que 52% dos doentes não realizou ecografia não foi possível fazer esta diferenciação, impossibilitando a terapêutica dirigida. Todos os doentes tratados receberam fármacos anti-tiroideus, o que é preferencialmente recomendado para o tipo 1. CONCLUSÃO: O HIA é uma importante causa de morbilidade e frequentemente subdiagnosticado, conduzindo a opções terapêuticas inadequadas. Na abordagem do doente com hipertiroidismo, é fundamental averiguar terapêutica prévia ou atual com amiodarona. A seleção da amiodarona como anti-arrítmico deve ter em consideração os seus efeitos secundários, nomeadamente na função tiroideia.

PO-07-29

PORFIRIA CUTÂNEA TARDA: QUANDO DAR É TERAPÊUTICO

Ana Pessoa, Nuno Cardoso, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE - UNIDADE DE FAMALICÃO, SERVIÇO DE MEDICINA I

As porfirias constituem doenças metabólicas causadas pela alteração da actividade enzimática na via de síntese do heme. A porfiria cutânea tarda é a mais comum, apresentando predominantemente manifestações cutâneas causadas pela acumulação de porfirinas pela diminuição da actividade da enzima uroporfirinogénio descarboxilase no fígado. A porfiria cutânea tarda pode ser esporádica ou familiar consoante exista mutação da enzima referida. Os autores apresentam uma doente de 47 anos com antecedentes de bócio multinodular referenciada à consulta externa de Medicina por quadro com cerca de 6 meses de evolução de lesões cutâneas do tronco e face acompanhadas de eritema e prurido. Já tinha recorrido a consulta de Dermatologia e Imunoalergologia, tendo sido medicada para uma possível urticária com corticoterapia e anti-histamínico mas sem resolução das lesões. Por este motivo foi encaminhada a consulta de Medicina. Pela suspeita de porfiria cutânea tarda, foi pedido perfil de porfirinas que confirmaram o diagnóstico, tendo iniciado flebotomias terapêuticas. A porfiria cutânea tarda é geralmente uma doença do adulto jovem, o que está de acordo com o caso exposto. No entanto, é de ressalvar uma questão curiosa que pode ter influenciado o aparecimento relativamente mais tardio das manifestações cutâneas desta doente, que é o facto de esta ter sido dadora de sangue até cerca de 10 anos antes. De facto, o acto de dar sangue é em tudo semelhante a uma flebotomia, e poderá ter ajudado a manter as reservas de ferro da doente controladas, atrasando o início do aparecimento desta doença. Não tivesse a doente cessado a dádiva de sangue, poderia ainda hoje desconhecer a sua patologia.

PO-07-30

FATORES QUE INFLUENCIAM A GRÁVIDA COM DIABETES GESTACIONAL

Maria Vilela, Diana Fernandes, Tatiana Salazar, Jorge Salomão, Nuno Cardoso, Mário Esteves, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE - UNIDADE DE FAMALICÃO

INTRODUÇÃO: A Diabetes Gestacional (DG) é caraterizada por uma intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, que é diagnosticada ou reconhecida pela primeira vez durante a gravidez (DGS). A sua prevalência tem vindo a crescer, levando ao aumento da procura e gastos dos recursos de saúde. O diagnóstico precoce e melhor seguimento da DG culmina na redução de riscos para a grávida e recém-nascido (RN). OBJETIVO: Estudo de factores que influenciam outcome do RN e grávida com DG seguidas em consulta hospitalar. MÉTODOS: Estudo das grávidas com DG seguidas em consulta hospitalar de 2008 a 2015 com análise estatística descritiva e de inferência utilizando testes t e Qui-Quadrado, com as seguintes variáveis: idade materna, história familiar de Diabetes Mellitus, história pessoal de hipertensão ou DG, índice massa corporal materno (IMC), hemoglobina glicada (HbA1c) e necessidade de insulinoterapia (IT). RESULTADOS: Do total de 430 casos, foram incluídos no estudo 242. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a média de peso do RN para o grupo com IMC materno menor que 25Kg/m2 e o grupo com IMC materno maior que 25 ($p<0.01$) e entre as médias de HbA1c dos dois grupos de IMC ($p<0,03$). Não se encontrou relação estatística significativa entre as variáveis medidas e necessidade de posterior vigilância ou diagnóstico de DM tipo 2. CONCLUSÕES: Na maioria dos casos o diagnóstico foi feito no 2ºT, apresentava "excesso de peso" (IMC>25) e menos de ¼ necessitou de IT, o que vai de encontro a resultados de estudos prévios. Apenas 1.6% foi reclassificada como tendo DM, o que pode ser explicado pela dimensão reduzida da amostra. Excluídas 36.7% por falta de reclassificação, com perda de dados para correlações estatísticas. Assim, este estudo deverá prosseguir, tentando sensibilizar para a importância da reclassificação pós-parto e da consulta pré-concecional, caso a mulher deseje engravidar novamente.

PO-07-31

TIREOTOXICOSE TIPO II SECUNDÁRIA À AMIODARONA

Marta Sofia Lopes, Ana Gomes, Luísa Carvalho, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Amiodarona é um fármaco antiarrítmico, utilizado com frequência na prática clínica. É importante conhecer os efeitos colaterais, nomeadamente a nível da função tiroideia. Este fármaco pode provocar hipotiroidismo ou hipertiroidismo, podendo este ser tipo I (aumento da síntese hormonal) ou tipo II (tiroidite destrutiva). Caso clínico: Homem de 79 anos, com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, história de enfarte agudo do miocárdio submetido a angioplastia há mais de 10 anos, cardiopatia hipertensiva e fibrilhação auricular (FA)

paroxística, sem doença tiroideia prévia. FA em estratégia de controlo de ritmo com amiodarona há 2 anos. Trazido ao serviço de urgência por quadro deterioração cognitiva, episódios diários de diarreia com 1 mês de evolução. Objectivamente encontrava-se prostrado mas despertável à chamada, febril, desidratado, hipotenso e taquicardico. Foi estabilizado e internado no serviço de Medicina Interna para estudo e vigilância. Do estudo, após exclusão de outras causas de alteração do estado de consciência, foi evidenciado diminuição da TSH (<0,005 µUI/mL) e aumento da T4 e T3 livre, anticorpos anti-tiroideos negativos. Ecografia tiroideia com tiróide de dimensões normais e formação micronodular sólida e hipoecogénica à esquerda, sem captação com Tecnésio 99 na cintigrafia tiroideia. Assumido tireotoxicose de tipo II secundária à amiodarona, suspendeu-se amiodarona e iniciou-se terapêutica com propiltiouracilo e corticoterapia em altas doses. Durante o internamento observou-se boa resposta clínica e analítica, com resolução da febre, recuperação do estado de consciência e do trânsito gastrointestinal. Actualmente, 1 ano após diagnóstico, encontra-se em fase eutiroideia. Conclusão: A disfunção tiroideia associada ao uso da amiodarona pode ocorrer em 15-20% dos casos. É importante equacionar este efeito secundário quando estamos perante um doente medicado com amiodarona e após exclusão de outras causas de síndrome confusional agudo.

PO-07-32

DIABETES INSÍPIDA – 1 DOENÇA, 3 CAUSAS

Joana Cascais Costa, Catarina Lucas, Emanuel Ferreira, Cátia Pereira, Amílcar Silva, Adriano Rodrigues
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B - HOSPITAL GERAL DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

A diabetes insípida é definida pela perda de grandes volumes de urina diluída. É uma doença rara, sem distribuição característica entre sexos, faixa etária ou etnias. O prognóstico é habitualmente bom e a mortalidade reduzida. Os autores apresentam 3 casos clínicos de doentes com diabetes insípida com diferentes etiologias: central (tumor do sistema nervoso central e pós traumático) e nefrogénica (secundária à toma de lítio). O primeiro caso é referente a um doente do sexo masculino, de 42 anos de idade, seguido em consulta por poliúria, polidipsia e nictúria com 3 meses de evolução. Foi realizado estudo analítico completo e RMN do crânio na qual se identificou um microadenoma do lobo direito da adeno-hipófise. O doente foi medicado com desmopressina (um análogo da vaso-pressina) com melhoria do quadro. O segundo quadro é referente a um doente do sexo masculino, de 31 anos, que após traumatismo crânio-encefálico por acidente de viação, iniciou quadro de polidipsia e poliúria tendo sido encaminhado à consulta. No estudo realizado foi identificada lesão da haste hipofisária com necessidade de medicação com desmopressina e gradual estabilização do quadro. O terceiro caso é referente a uma doente de 53 anos, seguida em consulta de Nefrologia por nefropatia secundária à toma de lítio por patologia psiquiátrica. Posteriormente iniciou quadro de poliúria e polidipsia comprovados em controlo analítico de rotina em que foram detetadas alterações na osmolaridade sérica e urinárias. Após suspensão do lítio, houve regressão do quadro nefrológico e melhoria das queixas. A diabetes insípida é uma situação clínica associada a uma grande variabilidade etioló-gica mas que deve ser foco de atenção e despiste precoce e sistemático tendo em vista a prevenção de perda de volume e da desidratação, sendo portanto o mais importante a instituição de um tratamento precoce.

PO-07-33

TEMPESTADE TIROIDEIA

Rui Terras Alexandre, Helder Leite, Nelson Barros, Francisco Esteves
CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS

Homem39 anos,autónomo,engenheiro aeronáutico,sem antecedentes. Recorre à urgência por cefaleias com 2dias evolução.Alta medicado sintomaticamente.Admitido novamente 5dias depois,agravamento das cefaleias,foto e fonofobia,náuseas e vómitos,anorexia e perturbação da ansiedade.Fez TAC cerebral que documentou lesão hipodensa talâmica esquerda,sugestiva de isquemia ou lesão infiltrativa.Avaliado por Psiquiatria,teve alta orientado para consulta Neurologia.Fez RMN que documentou lesão tálamo-capsular esquerda isquémica.Iniciou estudo de AVC idade jovem.Recorre novamente 8 dias depois por anorexia ,perda ponderal,cefaleia intensa,náuseas e vómitos, agitação psicomotora e palpitações. Referência a quadro de vómitos alimentares com 3 semanas de evolução,sugestivo de processo infeccioso tipo gastroenterite aguda.Objetivada hipertermia de 38º e taquicardia de 150bpm.Fez investigação complementar,incluindo punção lombar.Estudo analítico tiroideu com TSH suprimida(0.01)e T4 livre de 62.8,anticorpos anti receptor TSH=4.3,anti tiróide peroxidase»142.Feito diagnóstico de crise tireotóxica,com tempestade tiroideia,com Score de Burch-Watorfsky=60. Iniciou terapêutica específica, com propiltiouracilo,hidrocortisona,solução de Lugol e propanolol,com benefício.Admitido nos Cuidados Intermédios para monitorização das disfunções e controlo evolutivo,com manutenção de estabilidade clínica,hemodinâmica e elétrica e alta para a enfermaria em 48h. A Tempestade Tiroideia é uma síndrome rara,resultante da exerbação abrupta e potencialmente fatal do hipertiroidismo.O fator desencadeante é,maioritariamente,um evento agudo,por norma infeccioso.Trata-se de uma emergência médica com mortalidade elevada (20-30%),devendo estes doentes ser admitidos precocemente em Unidades Intermédias ou Intensivas.Serve o presente caso clínico para relembrar que pode ocorrer em indivíduos cujo hipertiroidismo não foi previamente diagnosticado, sendo que a suspeição diagnóstica precoce influencia o prognóstico.

PO-07-34

ESTEATOHEPATITE NÃO ALCOÓLICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Castelo Branco, Lurdes G. Matos, Edite Filipe, Adelaide Milheiro, Miguel Bispo
HOSPITAL SANTA MARTA - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 4

A esteatohepatite não alcoólica (NASH) constitui uma entidade clínica que se caracteriza pela infiltração de gordura no fígado associada a inflamação hepática. A etiologia é desconhecida, sendo mais frequentemente observada em doentes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidade ou insulinorresistência. A DM2 é um fator de risco independente para a progressão da NASH. Habitualmente não cursa com sintomas, pelo que não é possível estimar a sua prevalência. O tratamento foca-se no controlo das patologias associadas, como a DM2 e a obesidade. Os autores apresentam um caso de uma mulher, de 65 anos, sem hábitos alcoólicos ou toxicofílicos e com índice de massa corporal de 22,7. História pregressa: púrpura trombocitopénica imune, DM2 (controlada sob medidas dietéticas), hipertensão arterial e lesão quística do pâncreas (seguida há 5 anos e biópsia compatível com lesão mucinosa). Por aumento das dimensões da lesão pancreática com dilatação do canal de wirsung, foi submetida a resseção pancreática corpo-caudal. No intraoperatório, objetivou-se fígado com aspeto cirrótico, pelo que fez biópsia hepática. Resultado histológico: esteatohepatite, com grau de fibrose 5/6 e balonização focal de hepatócitos. Estudo complementar: ANA 1/160, restante autoimunidade (AMA, ASMA, LKM, APCA e anticorpos anti-antigénios hepáticos) e serologias virais (hepatite B e C e VIH) negativas. Após a cirurgia, iniciou insulinoterapia, apresentando bom controlo metabólico e sem complicações micro ou macrovasculares. O presente caso descreve um quadro de NASH, diagnosticado incidentalmente, que se relaciona com a DM2. A NASH associa-se à DM2 em mais de 75 % dos doentes, tendo-se excluído na doente outras situações relacionadas (obesidade, hiperlipidémia, insulinorresistência e drogas). Salienta-se a importância da uma intervenção precoce na DM2 e a obtenção de um adequado controlo metabólico, a fim de reduzir as complicações associadas, bem como a progressão destas complicações quando já instaladas.

PO-07-35

ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE ADDISON E DOENÇA DE GRAVES – UM CASO CLÍNICO DE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTO-IMUNE TIPO II

Halyna Fishchuk, José Sousa, Nuno Bernardino Vieira, Maria José Grade, Luísa Arez
SERVIÇO DE MEDICINA 4, UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO – CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

INTRODUÇÃO: A Doença de Addison (DA) é uma doença endócrina potencialmente fatal, decorrente da destruição do córtex da supra-renal, que leva

à redução dos níveis de cortisol circulantes. A causa mais comum é a adrenalite de causa auto-imune. Nestas situações está descrita a associação a outras doenças de etiologia auto-imune. CASO CLÍNICO: Mulher, 37 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais relevantes. Iniciou no final de 2014 quadro de mal-estar, emagrecimento, astenia, humor deprimido, hipotensão e mialgias associadas ao escurecimento da coloração da pele. Analiticamente apresentava cortisol sérico diminuído e níveis de ACTH muito elevados. O doseamento dos anticorpos específicos foram positivos, peloque foi efectuado o diagnóstico de Doença de Addisson. Iniciou tratamento com hidrocortisona, mas manteve hipotensão, pelo que foi associada fludrocortisona com melhoria sintomática. Seis meses após o diagnóstico novo agravamento clínico com emagrecimento, palpitações, sudorese e tremor. Foi diagnosticado Hipertiroidismo Clínico por Doença de Graves. Iniciou terapêutica com metibasol com nova melhoria clínica e analítica. CONCLUSÃO: A Síndrome Poliglandular Autoimune Tipo II, que afeta preferencialmente indivíduos adultos jovens do sexo feminino (razão 3:1), define-se pela presença de Doença de Addison de causa auto-imune associada a Diabetes Mellitus Tipo 1 e/ou Doença Tiroideia Auto-imune. Esta síndrome caracteriza-se pela insuficiência funcional de duas ou mais glândulas endócrinas. A suspeita diagnóstica em doentes com uma destas condições já diagnosticadas é essencial para o diagnóstico precoce das outras que se podem associar.

PO-07-36

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO E ANEMIA FERROPÉNICA

Catarina Mota, Luís Leite, Inês Leite, Filipa Ferreira, Rui Victorino, Marisa Teixeira da Silva
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DE SANTA MARIA/ CHLN, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

INTRODUÇÃO:O hipotiroidismo subclínico, com prevalência considerável, tem sido associado a aterosclerose, mortalidade cardiovascular aumentada, infertilidade, entre outros. As indicações clínicas para tratamento são controversas. Estudos recentes revelam anemia ferropénica como achado comum em doentes com hipotiroidismo subclínico e sugerem o impacto benéfico da restauração do eutiroidismo nos valores de hemoglobina. CASO CLÍNICO:Mulher de 45 anos, com cirrose biliar primária, admitida por anemia ferropénica com 3 anos de evolução e diagnóstico inconclusivo, sob ferro oral sem benefício. À observação, palidez cutânea, sem outras alterações. A endoscopia digestiva alta revelara duodenite inespecífica. Colonoscopia e TC abdominal sem alterações. Laboratorialmente tinha anemia (9.2 g/dl) ferropénica (ferro 16.5 ug/dl, ferritina 5.3 ng/ml), fT4 0.98 ng/dl, TSH 7.17 µU/ml, anticorpos anti-TPO>1000 e anti-TG>3000. A ecografia tiroideia mostrou tiroide difusamente heterogénea. Admitindo-se hipotiroidismo subclínico, iniciou levotiroxina. Três meses depois, a avaliação laboratorial revelou normalização da função tiroideia, correcção da anemia (Hb 12.2 g/dl) e da ferropénia. DISCUSSÃO:O impacto das hormonas tiroideias na eritropoiese é inequívoco. Anemia normocítica é frequente nos doentes com hipotiroidismo, pela diminuição de eritropoietina e hipoproliferação medular. Anemia ferropénica tem sido descrita, resultando de acloridria e do presumível impacto das hormonas tiroideias na absorção intestinal de ferro. Estudos recentes revelam que a anemia ferropénica não responde adequadamente a ferro oral em doentes com hipotiroidismo subclínico e que a correcção da função tiroideia proporciona a normalização da hemoglobina nestes doentes. Em concordância com a literatura recente, discute-se a anemia ferropénica como indicador para tratamento de hipotiroidismo subclínico e a importância de excluir este diagnóstico na presença de ferropénia sem resposta adequada a terapêutica.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS LCD #7

PO-07-41

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR (VCS) – CASO CLÍNICO

Joana Pereira, Rita Moça, Margarida Freitas Silva
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Introdução:A obstrução do fluxo sanguíneo na VCS resulta da compressão extrínseca/invasão da VCS(patologia do pulmão,gânglios linfáticos ou estruturas mediastínicas)ou de fenómenos trombóticos.Atualmente predominam as etiologias malignas,embora a prevalência de trombose associada a colocação de cateteres esteja a aumentar.Caso Clínico:Homem,68 anos,hábitos tabágicos(50UMA) e alcoólicos(80g/dia) importantes,sem outros antecedentes patológicos.Quadro de dispneia,dor no hemitórax direito e dorsal de características pleuríticas,tosse com expectoração purulenta,anorexia,astenia e perda ponderal de 8Kg nas últimas 3 semanas.Negava expectoração hemoptóica,febre,hipersudorese nocturna,queixas abdominais/urinárias.Ao exame físico apresentava turgescência venosa jugular 9cm,circulação colateral torácica e abdominal visível,sem adenomegalias palpáveis /hepatoesplenomegalia,sem edema dos membros/face.Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (Hg 12,8g/dL),parâmetros inflamatórios normais,sem citocolestase/insuficiência hepática,hipoxemia arterial(paO2 62,6mmHg) com resposta favorável à oxigenoterapia.Radiografia do tórax com lesões nodulares em ambos os ápices pulmonares.TC toráx mostrou massa de 10cm no mediastino superior a comprimir a VCS e nódulos pulmonares bilaterais,sem trombose vascular.A massa foi biopsada-carcinoma pequenas células do pumão – estadio IV.9 dias após a admissão desenvolveu edema cervical e do membro superior direito,sem instabilidade hemodinâmica/agravamento da insuficiência respiratória/alteração do estado neurológico.Iniciou quimioterapia dirigida,sem resolução da circulação colateral.O doente faleceu 6 meses após o diagnóstico.Discussão:Atualmente a maioria dos casos de Síndrome da VCS não são considerados emergências.No entanto,é importante o seu rápido diagnóstico na medida em que para a maioria das etiologias é o tratamento dirigido à condição primária a principal intervenção terapêutica.

PO-07-42

POR TRÁS DO EDEMA

Ana Pastor, Nadine Silva, Inês Melo Martins, Vitória Martins, Lígia Fernandes, Abílio Gonçalves, Maria Amélia Pereira
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Objetivo: Discussão de caso clínico Método: Descrição de caso clínico Resultado: Um homem de 55 anos recorreu ao serviço de urgência por edema matinal da face e pescoço com cinco semanas de evolução. Referia melhoria vespertina mas sem regressão completa dos sintomas. Fumador ativo e com contacto profissional com amianto, com antecedentes patológicos de doença pulmonar obstrutiva crónica e hipertensão arterial. Foi seguido em consulta de pneumologia seis meses antes, que abandonou. Na altura, apresentava lavado e escovado broncoalveolar com citologia negativa para pesquisa de células neoplásicas. Ao exame objetivo salientava-se fácies pletórico com edema e eritema generalizado da face e pescoço. Auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular nas bases e roncos dispersos bilateralmente. Sem outras alterações, nomeadamente edemas dos membros. Analiticamente com anemia normocrómica normocítica (hemoglobina de 12,6g/dL), elevação da desidrogenase láctica sérica e hipoxémia. Na radiografia torácica apresentava reforço broncovascular difuso com opacidades micronodulares apico-caudais bilaterais e opacidade no lobo superior direito. A tomografia torácica esclareceu tratar-se de uma massa com conglomerado adenopático, compromentendo o trajeto e calibre dos troncos braquio-cefalicos venosos e veia cava superior, bem como o calibre brônquico do lobo superior direito. O doente foi internado apresentando melhoria sintomática após iniciar corticoterapia. Realizou broncofibroscopia com obtenção de lavado e escovado bronco-alveolar e biopsia da massa. Teve alta a aguardar resultados. Onze dias depois, por agudização do quadro clínico, voltou ao serviço de urgência, onde foi objectivado agravamento imagiológico e trombose da veia cava superior. O resultado histológico revelou um carcinoma de pequenas células do pulmão. Conclusão: Realça-se a importância da clínica na suspeita diagnóstica, salientando a rápida evolução desta patologia oncológica.

PO-07-43

SÍNDROME DEMENCIAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DA MAMA METASTIZADO

Fernando Freitas Gonçalves, João Gonçalves, Mariana Meireles, Joana de Castro Rocha, Andrea Mateus, Paulo Paiva, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO - SERVIÇO DE MEDICINA

As síndromes demenciais rapidamente progressivas (SDRP) constituem um grupo heterogéneo de demências secundárias a uma multiplicidade de causas. As suas principais características são início e evolução rápidos (em semanas a meses), com comprometimento cognitivo, comportamental, psicológico e motor. As neoplasias malignas constituem 2% das SDRP. Os autores trazem um caso clínico de uma mulher de 70 anos, previamente autónoma e cognitivamente íntegra, sem antecedentes de relevo. Admitida por quadro com 4 meses de evolução de confusão mental com discurso repetitivo, lentificação psicomotora e deterioração progressiva do estado geral com limitação marcada nas actividades de vida diária (AVDs) por diminuição da força global. Testes Mini-cog e Mini-mental state positivos para disfunção cognitiva. Ao exame objectivo observada lesão mamária extensa e ulcerada. Análises com normocalcemia e causas reversíveis de demência negativas. Realizou biópsia de mama com documentação de Carcinoma Ductal Invasor, Receptores de estrogénio e progesterona negativos, Her2+ e estadiamento com tomografia computorizada a revelar metastização ganglionar, hepática e óssea difusas. Na persecução de metastização do sistema nervoso central realizou ressonância magnética cerebral sem massas ou captações suspeitas de lesão tumoral/doença metastática. Tentativa de abordagem de liquido cefalorraquidiano sem sucesso. Assumida SDRP secundária a carcinoma da mama em estadio IV. A doente evoluiu com dependência marcada nas AVDs, pelo que foi decidido tratamento sintomático exclusivo. Os tumores malignos podem apresentar-se com alterações neurológicas agudas/subagudas sendo necessário um elevado grau de suspeição face às dificuldades e atrasos no diagnóstico e tratamento.

PO-07-44

NEOPLASIA DE DIAGNÓSTICO INAUGURAL

Joana Oliveira, Ana Reis, Bárbara Picado, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Segundo o Programa Nacional para as doenças oncológicas, prevê-se um acréscimo de 12,6% de novos casos de cancro na próxima década. Com o objectivo de identificar os doentes com diagnóstico inaugural de neoplasia em internamento, no ano de 2015 no nosso Serviço de Medicina e analisá-los do ponto de vista demográfico, das suas comorbilidades, do seu estadio à data do diagnóstico e da sua orientação pós-alta, foi realizado um estudo retrospetivo com base na consulta do processo clínico. De um total de 896 internamentos, foram identificados 45 doentes com diagnóstico inaugural de neoplasia (incidência de 5%), idade média de 72 anos, 75% deles autónomos, 62% homens e 38% mulheres, com idade média de 70 e 75 anos, respetivamente. A comorbilidade mais frequentemente identificada foi a diabetes (33%), sendo que 15,5% tinham história de tabagismo, 17% de doença cerebrovascular e 15% de cardiopatia isquémica. A neoplasia do pulmão foi diagnosticada em 29% dos doentes, 77% homens. Em metade dos doentes havia já metastização à distância. Todos foram referenciados à consulta de Oncologia e dois a consulta de Cuidados Paliativos. Foi feito diagnóstico de neoplasia do tubo digestivo em 20% dos doentes, 78% homens, idade média 76 anos, com metastização em 77%; 33% foram submetidos a tratamento cirúrgico, tendo sido orientados para consulta de Medicina 82% e para Oncologia 75%. O diagnóstico inaugural de neoplasia hepato-biliar foi feito em 13%, mais de metade mulheres; doença disseminada em 83%, idade média de 70,5 anos, nenhum doente teve indicação cirúrgica, 80% orientados para consulta de Medicina. Do total de doentes analisados, apenas 4% foram orientados para consulta de Cuidados Paliativos, sendo preponderante o seguimento pela Medicina Interna. Estes resultados espelham, essencialmente, que apesar da implementação de múltiplos rastreios há ainda um número considerável de doentes que escapam a esta vigilância chegando em estadios avançados da doença e de sofrimento.

PO-07-45

UMA SITUAÇÃO DE ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DO PULMÃO METASTIZADO

Alexandra Coimbra, Joana Rodrigues, Jorge Prazeres, Fernanda Mendes
HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA I-C

Introdução: A endocardite trombótica não bacteriana é uma entidade rara, maioritariamente diagnosticada por autópsia uma vez que o diagnostico clínico é difícil e baseado em fenómenos embólicos. Etiologicamente relacionada com estados de hipercoaguabilidade muitas vezes associados a neoplasias ocultas. Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 50 anos, admitido no Serviço de Urgência por disartria, desvio da comissura labial, diminuição da força muscular do membro superior esquerdo e parestesias na mão ipsilateral com regressão em cerca de 30 minutos. Ex-fumador de 16UMA, com história de tumefacção da parede torácica anterior esquerda com cerca de 5 meses de evolução, episódio de edema no membro inferior esquerdo um mês antes que regrediu espontaneamente e queixas de alteração da memória. Observado como Via Verde de Acidente Vascular Cerebral excluindo-se patologia desse foro. Internado da Enfermaria de Medicina para estudo, concluindo-se a presença de vegetação da Válvula aórtica nativa que posteriormente se percebeu de etiologia trombótica associada com Neoplasia do pulmão estadio IV com metastização múltipla, incluindo muscular. Conclusão: A terapêutica desta entidade é a anticoagulação precoce permanente, devendo também proceder-se ao tratamento da neoplasia que está subjacente a este estado de hipercoaguablidade. De salientar o facto de se associar a um adenocarcinoma do pulmão dois fenómenos raros: endocardite trombótica não bacteriana e metastização muscular.

PO-07-46

A IMPORTÂNCIA DE INVESTIGAR A ANEMIA FERROPÉNICA

Ana Bento Rodrigues, Laura Pereira, Tiago Petrucci, Francisca Oliveira,Cátia Albino, Paulo Cantiga Duarte, José Luis Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE-HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA I

Doente de 53 anos, sexo feminino, caucasóide. Antecedentes pessoais de anemia em estudo há 5 anos e obstipação crónica. Trazida ao SU por síncope. Referia sudorese profusa, vómito alimentar e pico febril (38º) isolado que cedeu a paracetamol. Tinha dor localizada ao hipocôndrio direito com um mês de evolução, perda ponderal recente de cerca de 4Kg e alteração do trânsito intestinal com dejeções de fezes pastosas diárias. Referia terapêutica com ferro oral durante 6 meses, ter realizado endoscopia digestiva alta sem alterações e colonoscopia total inconclusiva por má preparação intestinal. Referia pesquisa de sangue oculto das fezes positiva. Ao exame objectivo abdómen timpanizado com aumento de ruídos hidroaéreos, doloroso à palpação do hipocôndrio direito onde se palpava hepatomegália 4cm abaixo do bordo costal. Laboratorialmente destacava-se anemia microcítica e hipocrómica, leucocitose de 15350/uL com 86% de neutrófilos, PCR de 5.9mg/dL e LDH de 1104U/L, sem outras alterações. A ecografia abdominal revelou "múltiplas lesões ocupando espaço no parênquima hepático, sólidas, e com dimensões variáveis (as maiores com 4,5cm). Algumas apresentam-se hipo/isoecogénicas e outras hiperecogénicas com halo hipoecóico." O estudo do metabolismo do ferro foi compatível com anemia da doença crónica. A doente permaneceu apirética, com exames culturais negativos e regressão espontânea dos parâmetros de fase aguda sem antibioterapia. Foi solicitada colonoscopia total que revelou neoplasia estenosante do colón transverso cujas biopsias foram compatíveis com adenocarcinoma invasivo bem diferenciado. O estadiamento por tomografia computorizada confirmou neoplasia do colón com metastização hepática. Foi referenciada a cirurgia e a oncologia médica encontrando-se de momento a cumprir quimioterapia adjuvante com 5- FU. O presente caso realça a importância do estudo etiológico atempado da anemia, de forma a diagnosticar precocemente eventuais neoplasias numa fase curável.

PO-07-47

APRESENTAÇÃO PRIMARIA ATIPICA DA CARCINOMA DO PULMÃO DE CÉLULAS PEQUENA

Andrei Gradinaru, Rita Silva, Elisabete Pinelo, Miriam Blanco.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE

Introdução: Com uma relação direta com o tabagismo, o Carcinoma do Pulmão de Células Pequena (CPCP) apresente uma evolução clinica agressiva e metastização precoce. A infiltração medular pelo CPCP corresponde de 15% a 30% dos casos. Caso clínico: Homem de 63 anos. Fumador (> 100 UMA). Etilismo crónico ativo. Traumatismo ligeiro há 8 dias, medicado com Etodolac 400 mg e Calciferol. Recorre a Urgência por astenia progressiva com 7 dias de evolução, manutenção das queixas algicas apesar da terapeutica efetuada. Quadro acompanhado de tosse, sudorese nocturna, perda ponderal de 5 kg no último mes. Episódios esporádicos de epistaxis, melenas desde há 4 dias. A admissão apresentava palidez cutanea, petequias nos membros inferiores, bolhas hemorragicas na mucosa oral. Sem adenopatias ou organomegalia. Ao toque rectal - melena. Analiticamente a salientar Hb-8.9g/dl, Plaq-8 000/dl, AST/ALT-107/106 U/L, GGT -99U/L, FA- 88 U/L, LDH-1967 U/L. Completou estudo com realização de TC torax-abdómino-pélvico que revelou "…condensação de contornos irregulares de 35 mm parahilar superior direita, micronódulos satélites e no pulmão esquerdo..." com presença de"…várias lesões hipocaptantes (maior de 18mm) em ambos os lobos hepaticos, compatíveis com com metástases". Virologia negativa. O esfregaço do sangue periférico relatado o quadro leucoeritroblástico. Durante o internamento iniciou febre com elevação do PCR, sem rentabilidade transfusional. Observado por Hematologia, foi realizada mielograma e biopsia ossea, com confirmação das alterações hematologicas em contexto da infiltração medular por Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células. Conclusão: No caso descrito, as alterações hematológicas graves constituíram a apresentação clínica primária da CPCP com infiltração medular, com discrepância entre o tamanho da neoplasia primária e o grau de mestatização, característico do tipo histológico.

PO-07-48

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E ENDO-CARDITE MARÂNTICA COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE NEOPLASIA OCULTA

Rosa Alves, Tiago Ferreira, Tiago Judas
HOSPITAL GARCIA DE ORTA , SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O estado pró-trombótico é uma complicação frequente nas doenças neoplásicas e pode anteceder o seu diagnóstico. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a manifestação trombótica mais frequente associada a neoplasia. A endocardite marântica (EM), apresenta elevada morbilidade e mortalidade, reflectindo muitas vezes uma doença disseminada. Apresenta-se o caso de uma mulher, 67 anos, com episódio de TEP três semanas antes. Foi reinternada por quadro de febre persistente, sem resposta à antibioterapia e alteração do comportamento, com 2 semanas de evolução. À observação estava confusa, taquipneica, afasia de Wernicke, sem outros défices focais. Analiticamente salienta-se elevação dos parâmetros inflamatórios e LDH. Radiograma torácico evidenciava hipotransparência homogénea direita, sugestiva de derrame pleural. TC encefálica (TC-E) sem lesões isquémicas ou expansivas. TC torácica com agravamento da área de enfarte pulmonar e derrame pleural direito. Submetida a drenagem torácica (líquido hemático exsudativo, com elevado conteúdo celular) e biópsia pleural. Apresentava ainda, elevação dos marcadores tumorais (Enolase neuroespecifica, CA 19-9, Ca 15-3). Admitiu-se derrame pleural paraneoplásico, por provável neoplasia do pulmão. As hemoculturas iniciais foram estéreis. Ao 11º dia de internamento, instalou-se de quadro súbito de afasia global e parésia braquial esquerda, confirmando-se em TC-E enfarte isquémico agudo parietal bilateral. Por suspeita de fonte cardioembólica, realizou ecocardiograma transesofágico que revelou imagem sugestiva de endocardite da válvula aórtica. Apesar de optimização da terapêutica de suporte, evoluiu para choque refractário, verificando-se óbito. A biópsia pleural evidenciou adenocarcinoma do pulmão. Neste contexto admitiu-se provável EM. O caso clínico pretende demonstrar a importância da investigação de estados pró-trombóticos em casos seleccionados de doentes com o diagnóstico de TEP. Trata-se contudo de uma área de alguma controvérsia.

PO-07-49

BIÓPSIA ASPIRATIVA VS EXCISIONAL: VALOR DIAGNÓSTICO NAS DOENÇAS LINFO-PROLIFERATIVAS

Marta Rafael Marques, Susana Sousa, Dolores Vazquez, Silvina Miguel, Alexandre Mendonça, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

As adenomegalias são um sinal comum, presente numa panóplia de patologias, pelo que a investigação diagnóstica em Medicina Interna é um desafio, na qual a história clínica e exame físico são fundamentais. Apresenta-se um homem, 68 anos, caucasiano, casado, história pregressa de lesões cutâneas cerca de 10 anos após ter regressado de Angola, de caráter ligeiro, flutuante e transitório. Há cerca de 2 anos, apresentou reaparecimento das lesões, bem como nódulos cervicais e inguinais de caráter flutuante. Recorreu ao médico assistente, medicado com corticoide com melhoria transitória. Realizou ecografia cervical que revelou "massa sólida 30x3mm submandibular com envolvimento ganglionar multifocal", neste contexto submetido a biopsia aspirativa ecoguiada que mostrou "lesões reativas, sem malignidade". Por acidente de viação com fratura de costelas, ficou internado e efetuou estudo complementar, objetivou-se Hb 10.9g/dL; Linfócitos reativos 5%. Esfregaço sangue periférico: rouleaux eritrocitario; TC cerebral: "focos hipodensos estriatocapsulares a sugerir enfartes lacunares antigos"; TC toracoabdominopelvico: "fratura 1º-12º arcos costais posteriores à direita. Gânglios nos compartimentos mediastínicos. Presença de múltiplas adenopatias axilares, abdominopelvicas e inguinais bilaterais"; Serologias víricas negativas, VDRL negativa, TPHA positivo, Fator reumatoide aumentado, Ac anti-citrulina negativo, ECA normal. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas: sífilis secundária/latente, doença linfoproliferativa, doença autoimune e doença granulomatosa. Realizou biópsia cutânea que mostrou na derme ligeiro infiltrado linfocitário peri-vascular e biópsia excisional de 3 adenopatias axilares, que descreve "expansão interfolicular de células linfoides pequenas em padrão difuso" sendo o diagnóstico histológico Linfoma do Manto, estudo imunohistoquímico positivo para CD20, CD5, bcl2 e Ciclina D1. Foi orientado para Hematologia para estadiamento e tratamento.

PO-07-50

NA AUSÊNCIA DE PROTEÍNA: O DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE MIELOMA NÃO SECRETOR

Hugo M Oliveira, Ana Costa, Artur Oliveira Silva, António Furtado
ULS MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna dos plasmócitos caracterizada pela produção de uma proteína monoclonal sérica ou urinária, infiltração da medula óssea (MO), lesões ósseas, anemia, insuficiência renal e hipercalcemia. Uma pequena percentagem dos doentes com MM apresenta mielomas não secretores, sem produção da proteína monoclonal ou presença de cadeias leves. Descrevemos o caso de um homem de 75 anos admitido por dor lombar com 2 meses de evolução. O estudo imagiológico da coluna lombar revelou a presença de uma lesão osteolítica a nível do corpo de D8, sugestiva de lesão metastática. Os restantes exames de imagem não revelaram massas de órgãos ou tecidos moles, nem aparentes lesões ósseas líticas de ossos longos. Ao longo da investigação etiológica o doente apresentou sempre valores normais de cálcio e beta-2-microglobulina e nunca desenvolveu anemia, disfunção renal, hipergamaglobulinemia ou pico monoclonal na electroforese e imunoelectoforese de proteínas sérica e urinária. Feita biópsia de D8 que revelou envolvimento ósseo por processo linfoproliferativo sugestivo de plasmocitoma. O mielograma mostrou a presença de MO normocelular com 3% de plasmócitos e a biópsia de MO escassos plasmócitos, sem restrição para cadeias leves lambda e kappa. Realizada PET-scan que mostrou foco de captação no corpo de D8, asa do ilíaco esquerdo, extremidade superior do úmero esquerdo e 1/3 superior da diáfise femoral direita. Feito o diagnóstico de mieloma não secretor, apresentando progressão da doença com derrame pleural neoplásico recidivante e falecendo ao fim de 6 meses. Com este caso pretendemos alertar para este subtipo raro de

mieloma cujo curso clinico não se encontra completamente esclarecido. Estes doentes apresentam um risco reduzido de envolvimento renal pelo mieloma, mas podem apresentar as restantes complicações do MM. Por outro lado, estão sujeitos a um atraso no diagnóstico, o que se associa a um impacto negativo no curso da doença.

PO-07-51

A PONTA DO ICEBERG

Felisbela Gomes, Pedro La Feria, Catarina Costa, Helena Teixeira
HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS (CHLC, EPE), MEDICINA 2.1

A hipercoagulabilidade, com trombose venosa e arterial, é uma complicação frequentemente associada a processos neoplásicos, podendo mais raramente, ser a primeira manifestação de uma neoplasia oculta. Esta síndrome paraneoplásica está associada a uma morbi-mortalidade elevada sendo crucial o seu reconhecimento e o tratamento precoce da neoplasia. Apresentamos o caso de uma doente de 75 anos de idade, melanodermica, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, gonartrose do joelho esquerdo e obesidade (condicionando-lhe menor mobilidade), que foi internada por uma trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo (documentada por eco-doppler dos membros inferiores que revelou trombose do eixo venoso popliteu e femoro-iliaco esquerdo). Durante o internamento constatou-se que o processo trombótico era mais extenso, com envolvimento também das veias ilíacas, veias supra-hepáticas, veia cava inferior com extensão à aurícula direita e pulmonar. No decurso do estudo etiológico do processo tromboembólico, identificou-se nódulo pulmonar no lobo superior direito sugestivo de lesão proliferativa atípica e outros 2 nódulos de possível natureza secundaria, um no segmento II hepático e o outro na supra-renal direita. A biópsia do nódulo pulmonar revelou tratar-se de adenocarcinoma pulmonar, neste caso, em estádio IV. A doente foi orientada para a consulta de Oncologia Médica, encontrando-se anticoagulada e sob quimioterapia paliativa. Este caso tem interesse pela extensão da trombose venosa, que é rara, alertando para o alto índice de suspeita clinica que deve estar presente quando lidamos com estes síndromes, sobretudo em doentes com factores de risco para o desenvolvimento de TVP.

PO-07-52

PARECIA UM CASO DE TUBERCULOSE

Valentina Tosatto, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, Carina Silva, Sara Silva, Matteo Boattini, Zsófia Vesza, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - MEDICINA 4

Mulher de 48 anos, angolana, a residir em Portugal desde a infância, trabalhando como empregada doméstica. Seguida em consulta de Doenças Autoimunes por Esclerodermia e Lúpus Eritematoso Sistémico seronegativo com expressão cutânea e articular. Internada em Novembro 2015 por quadro de vasculite do sistema nervoso central, medicada desde então com ciclofosfamida e deflazacorte. Reinternada em Dezembro 2015 por quadro de tumefação laterocervical esquerda dolorosa, com cerca de 2 meses de evolução, associado a perda de peso (5kg em um mês) com anorexia e, mais recentemente, a febre, sudorese noturna e tosse pouco produtiva. A radiografia do tórax mostra infiltrado reticular difuso. A ecografia do pescoço revela múltiplas adenomegálias cervicais bilaterais confluentes à esquerda, com critérios dimensionais e arquiteturais de suspeição e a angioTC de tórax mostra múltiplas adenopatias mediastinicas com áreas de necrose central e sinais de troboembolismo pulmonar bilateral, sem alterações parenquimatosas relevantes. Pesquisa de bacilos acido-alcool resistente (BAAR) na expetoração e hemoculturas para micobacterias negativas. Serologias virais negativas, níveis de enzima conversora da angiotensina normais, beta2-mircoglobulina 12.11 mg/L (aumentada), eletroforese sérica sem alterações. Realizada broncofibroscopia com exame directo normal, lavado negativo para células neoplásicas e ausência de BAAR. Realizada biópsia aspirativa ganglionar cervical, compatível com metástase de carcinoma, com perfil histoquímico positivo para TTF-1 e CK7, negativo para CK20, aspectos sugestivos de origem pulmonar. Restante estudo complementar para pesquisa de neoplasia primitiva (ecografia mamária, mamografia, ecografia pélvica e endoscopia digestiva alta) sem alterações. É admitido portanto quadro carcinoma pouco diferenciado de provável origem pulmonar (TxN3M1),com atual indicação para quimioterapia.

PO-07-53

FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

João Dias(1), Maria João Pinto(2), Marta Moura(2), Elisabete Sousa (2), Paulo Bettencourt (2)
(1) SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA, IPO-PORTO. (2) SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Senhor de 69 anos sem antecedentes, que recorreu ao SU por tumefacção retromandibular, com 2 semanas de evolução. Ecografia mostrava 2 adenomegalias suspeitas. Citologia aspirativa inconclusiva; Estudo em consulta de Medicina Interna revelou anemia hipoproliferativa, gamapatia policlonal e anticorpos anti-musculo liso positivos. TC torácico, abdominal e pélvico com formações ganglionares em número aumentado em todos os níveis e massa quística axilar com 10 cm. Microbiópsia de gânglios retromandibulares com achados reactivos. Desaparecimento das adenomegalias. A imunofenotipagem da formação quística axilar revelou população de linfócitos T CD4 reactivos. Dois meses após o início do estudo desenvolve febre persistente, sendo internado. Apresentou lesões cutâneas inespecíficas, com biópsias inconclusivas. A pesquisa de EBV no soro foi positiva, a 5,3 log10. Imunofenotipagem de sangue periférico com inversão CD4/CD8, cujo estudo de células T revelou pequena população de linfócitos CD4 anormal, sugestiva de doença linfoproliferativa. PET-CT revelou vários focos de hipermetabolismo em gânglios linfáticos, suspeitos de doença linfoproliferativa. Foi feita biópsia excisional de gânglio axilar esquerdo, com diagnóstico de linfoma T periférico do tipo angioimunoblástico; biópsia óssea com envolvimento medular. O doente foi submetido a quimioterapia com esquema CHOP, com resposta parcial sustentada. Actualmente assintomático com 1,5 anos de seguimento, com doença residual a nível axilar, estável. Comentário: O linfoma angioimunoblástico é raro e cursa com adeno e hepatoesplenomegalias, sintomas B e bizarrias imunológicas reactivas ao clone maligno, com positividade de auto-anticorpos, serosite, artrite e alterações cutâneas. Apresenta um complexo esforço de diagnóstico diferencial. A persistência e o trabalho multidisciplinar foram essenciais. O doente evidenciou um quadro clínico típico e completo de uma patologia rara, justificando o interesse pedagógico deste caso.

PO-07-54

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DO MEMBRO SUPERIOR - SINAL DE ALARME!

Joana Alves Vaz, Nuno Ferreira Monteiro, Maria Manuela Soares, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ - MEDICINA II

A trombose venosa profunda do membro superior é incomum e associa-se a neoplasia maligna, uso de cateter venoso, radioterapia ou massa mediastinica. Manifesta-se com dor, edema e dilatação venosa com circulação colateral no ombro e parede torácica, podendo complicar-se de embolia pulmonar. Caso clínico: Homem de 63 anos, pintor, com história de tabagismo, carcinoma adenoescamoso supraglotico submetido a laringectomia total, traqueostomia esvaziamento cervical e radioterapia 3anos antes. Recorre ao serviço de urgência por dispneia e tosse com expetoração purulenta salientando-se hipoxemia ligeira, anemia normocítica, leucocitose neutrófila e proteína C Reativa 2x; radiografia de tórax sem alterações pleuroparenquimatosas. Admitida traqueobronquite aguda, foi internado e medicado com antibioterapia empírica. Apresentava-se emagrecido, pálido, com sibilos dispersos em ambos os hemitóraces e discreta ptose palpebral direita antiga (sic), instalando-se edema na região umeral direita com rápida extensão a todo o membro e região cervical e presença de circulação colateral no hemitórax. EcoDoppler mostrou oclusão parcial da veia braquial homolateral e TC-TAP revelou trombose da veia subclávia e tumor no lobo superior do pulmão direito com invasão vascular e óssea e metastização hepática. A broncofibroscopia documentou lesão exofítica na face lateral da traqueia cujo exame histológico confirmou carcinoma pavimentocelular. Apesar de radioterapia paliativa, hipocoagulação e

corticoterapia verificou-se progressão do tumor de Pancoast, mantendo-se o doente sob paliação. O Tumor de Pancoast surge no sulco apical pleuropulmonar adjacente às veias subclávias e pode causar o síndroma de Pancoast, incompleto no caso descrito. Devido à localização periférica - e à semelhança do nosso doente - pode ter clínica tardia (tosse, hemoptise, dispneia), daí a premência do diagnóstico precoce. Devemos, pois, estar atentos aos fatores de risco (tabagismo, radioterapia) e sinais de alarme.

PO-07-55

LESÕES ÓSSEAS EXUBERANTES: UM CASO CLÍNICO INVULGAR.

Lúcia Meireles Brandão, António Ferreira, Edite M. Mendes, Cátia Barreiros, Duarte Silva, Carmélia Rodrigues, Fernando Gomes, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM, EPE - HOSPITAL DE SANTA LUZIA. SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: O mieloma (M) não-secretor (MMNS) é uma variante rara de M, responsável por 1-5% dos casos de M. Trata-se de uma proliferação monoclonal de plasmócitos, caracterizada pela ausência de gamapatia monoclonal na imunofixação sérica ou urinária. Caso clinico: Mulher, 66 anos, antecedentes de hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono e fibrilação auricular. Desde há dois meses com dorso-lombalgia e mais recentemente omalgia direita, de agravamento progressivo. Clinicamente sem lesão neurológica sensitiva/motora. TC torácico/coluna lombar: heterogeneidade de praticamente todas as peças ósseas com lesões líticas, lesões intramedulares difusas e múltiplas fraturas patológicas em arcos costais e corpos vertebrais. Analiticamente: hipercalcemia, disfunção renal, aumento de desidrogenase láctica e fosfatase alcalina. Medicada com pamidronato, fluidos, analgesia. Do estudo complementar: velocidade de sedimentação e beta2-microglobulina elevadas, hemograma normal, hipogamaglobulinemia, imunofixação sérica e urinária sem alterações. Radiografia da calote craniana: múltiplas lesões líticas. TC crânio-encefálica: lesão fronto parietal com abaulamento dural cuja biópsia revelou plasmocitoma. Mielograma e estudo fenotípico da medula óssea: 40% plasmócitos monoclonais para cadeias kappa, concluindo-se por MMNS. Iniciou quimioterapia com bortezomib, talidomida e dexametasona. Reinternada 10 dias depois por pneumonia bilateral, vindo a falecer ao 24º dia de internamento. Conclusão: O MMNS está associado a uma maior sobrevida em relação ao M clássico, embora geralmente se encontre num estadio mais avançada na fase inicial de apresentação. A disfunção renal é rara, pela ausência de cadeias leves na urina, podendo ocorrer por desidratação/ hipercalcemia. O diagnóstico é difícil, pela baixa incidência e escassez de marcadores bioquímicos. Destaca-se o caso pela apresentação imagiológica exuberante de uma doença hematológica rara e de mau prognóstico.

PO-07-56

TUMOR RARO ESCONDIDO POR TRÁS DE SINTOMA COMUM

Helena Luna Pais, Joana Rosa Martins, Rúdi Fernandes, Filipe Filipe, Rodrigo Valido, António Pedro Machado, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

Os tumores neuroendócrinos (NE) são raros, embora a sua incidência tenha vindo a aumentar. Classificam-se em funcionantes e não-funcionantes, sendo os segundos mais difíceis de detectar por não se associarem a síndromes hormonais distintos, podendo no entanto causar sintomas inespecíficos relacionados com a massa tumoral. Apresentamos o caso de um homem de 73 anos, sem antecedentes relevantes, avaliado em consulta por dor abdominal e astenia. Ao exame objectivo destacava-se dor à palpação do hipocôndrio direito, tendo a ecografia abdominal revelado hepatomegália com múltiplas lesões sugestivas de depósitos secundários. Analiticamente apresentava elevação da GGT e AST sem hiperbilirrubinémia. A TC realizada mostrou "massa sólida hipodensa no lobo inferior do pulmão esquerdo e hepatomegália com metastização difusa por lesões focais". Foi realizada biópsia hepática ecoguiada, sendo o diagnóstico anatomo-patológico compatível com carcinoma NE pouco diferenciado, Ki67 90-100%. A PET-FDG revelou lesão primária do pâncreas sem avidez para 18F-FDG, com elevada avidez na lesão pulmonar e nas lesões hepáticas. Ao longo do seguimento o doente apresentou agravamento da astenia e aparecimento de prurido nocturno, icterícia e ascite. Analiticamente com hiperbilirrubinémia marcada, elevação dos parâmetros de citólise hepática, LDH, Cromogranina A e NSE. Perante o diagnóstico de tumor NE pouco diferenciado com alto índice proliferativo optou-se por iniciar quimioterapia com carboplatina à qual foi adicionada terapêutica com octreotido mensal. Após o início da terapêutica observou-se melhoria da astenia, redução substancial da icterícia e descida marcada dos parâmetros de citocolestase hepática e LDH. Este caso clínico que se manifestou inicialmente com dor abdominal revelou tratar-se de tumor NE pancreático com alto índice proliferativo e com metastização hepática e pulmonar à data de apresentação. É um caso raro que representou um desafio não só diagnóstico como terapêutico.

PO-07-57

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO- UM AUXÍLIO IMPORTANTE QUANDO A DOENÇA É SILENCIOSA

Teresa Vilaça Santos, Inês Antunes, Ana Costa, Ivone Barracha e Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRAS

Homem de 64 anos de idade, autónomo. Com antecedentes pessoais de tabagismo e alcoolismo, sem outros antecedentes patológicos conhecidos. Trazido ao serviço de urgência por alterações da visão e desequilíbrio. À observação confirmou-se diminuição da acuidade visual, reflexo por ameaça abolido à direita e marcha com alargamento da base de sustentação. Tomografia Computorizada (TC)/Ressonância Magnética (RM) crânio encefálica (CE) revelaram sequelas de enfarte occipital inferior direito e enfartes temporal póstero-interno occipital esquerdo e lacunar talámico homolateral. Doppler dos vasos do pescoço mostrou provável lesão distal/hipoplasia da artéria vertebral direita e provável oclusão da veia jugular esquerda. Doppler transcraneano confirmou lesão significativa/hipoplasia da artéria vertebral direita. Face à suspeita de oclusão da veia jugular esquerda, sem causa evidente, foi pedida Angio TC cervical que mostrou múltiplas imagens nodulares, condicionando compressão da veia jugular e lesão na parede posterolateral esquerda da laringe. TC do pescoço confirmou a suspeita de neoplasia supraglótica, com compromisso adenopático das cadeias ganglionares cervicais. O exame histológico revelou carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciadas, não queratinizante. Os autores apresentam este caso pela forma invulgar como se chegou ao diagnostico de neoplasia da laringe, na sequência de estudo vascular pedido para diagnóstico etiológico de acidente vascular cerebral (AVC). O doente não referia sintomatologia sugestiva de patologia laríngea, mas tinha dois factores que são considerados os mais importantes: tabaco e álcool. As neoplasias da cabeça e pescoço são por si só um factor de risco para o AVC.

PO-07-58

ABORDAGEM ETIOLÓGICA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM DOENTE TRANSPLANTADO

Vasco Batista, Ricardo Meireles, David Couto Mallón, Gonzalo Barge Caballero, Eduardo Barge Caballero, María Jesús Paniagua Martin, Marisa Crespo Leiro
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA - MEDICINA INTERNA

É conhecido o risco aumentado de neoplasia em transplantados de órgão sólido. A deteção precoce de neoplasia pancreática parece ter maior ressecabilidade. As neoplasias estão associadas a risco aumentado de trombose venosa, mas a investigação de neoplasia oculta num primeiro evento está apenas recomendada na ausência de etiologia provável ou em doentes de alto risco neoplásico. A European Society of Cardiology (ESC) recomenda investigação sumária, incluindo radiografia torácica. Os inibidores de mammalian target of rapamycin (mTOR) têm risco trombótico aumentado. Alguns autores defendem avaliação imagiológica abdominal perante tromboembolia pulmonar (TEP) não provocada no adulto. Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, transplantado cardíaco há 12 anos por miocardiopatia dilatada isquémica. Sob tacrolimus e prednisolona, acrescia everolimus há 5 meses por doença vascular do enxerto. Diabetes mellitus iatrogénica. Trombose venosa profunda do membro inferior direito e tromboembolia pulmonar bilateral com enfarte pulmonar há 2 anos, sob

anticoagulação oral até à data. Sobreinfecção do enfarte pulmonar por Aspergillus niger 3 semanas mais tarde, mantendo itraconazol até hoje. Dezoito meses mais tarde, com descompensação metabólica hiperglicémica. Volvidos 24 meses internado por icterícia colestática para investigação etiológica, que levou ao diagnóstico de neoplasia pancreática. Os autores salientam a complexidade na abordagem diagnóstica do transplantado cardíaco pela multiplicidade das comorbilidades associadas quer ao transplante em si quer à imunossupressão. Apesar da investigação exaustiva de neoplasia oculta em doença trombótica venosa idiopática não estar geralmente preconizada, em doentes de risco neoplásico aumentado como os transplantados de órgão sólido, talvez possa ser ponderada caso a caso. O risco trombótico do everolimus e a iatrogenia metabólica da corticoterapia acresceram provavelmente como dificultadores da investigação diagnóstica.

PO-07-59

SÍNDROME FEBRIL IN(DETERMINADO)

Diana Repolho, Ana Isabel Reis, Joana Oliveira, Sara Freitas, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, LOURES, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 68 anos com história de doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica e alcoolismo. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre com dois meses de evolução, associado a tosse com expetoração acastanhada, com internamento hospitalar prévio nesse contexto, tendo sido admitido o diagnóstico de traqueobronquite aguda e medicado com vários ciclos de antibioterapia empírica, sem resolução. Na admissão encontrava-se com mau estado geral, desnutrido, febril, pálido, polipneico com murmúrio vesicular globalmente diminuído e abdómen difusamente doloroso no epigastro. Analiticamente destacava-se anemia, leucocitose e trombocitose, com elevação de parâmetros inflamatórios (proteína C reativa, velocidade de sedimentação e ferritina). As hemoculturas, urocultura, exame direto e cultural para micobactérias no suco gástrico, antigenúrias de Legionella e pneumococos e serologias HIV, hepatites B e C e VDRL foram negativas. A radiografia torácica não tinha alterações significativas. O ecocardiograma transtorácico excluiu vegetações intracardíacas. Apesar de terapêutica antibiótica empírica com piperacilina/tazobactam e posteriormente meropenem e vancomicina, o doente manteve febre e agravamento progressivo do mau estado geral. Nesta altura, foi revista com detalhe a história e evolução em internamento, destacando-se anorexia com recusa alimentar, epigastralgia de intensidade crescente, enfartamento pós-prandial e perda ponderal significativa nos últimos 3 meses. Colocada hipótese de neoplasia digestiva pelo que realizou endoscopia digestiva alta que revelou lesão vegetante extensa nos dois terços inferiores do esófago compatível com carcinossarcoma. É de reforçar, com este caso, a importância da história clínica e exame objetivo como guia dos exames complementares de diagnóstico a requisitar além dos habituais, sendo o síndrome febril indeterminado mais frequentemente causado por uma doença comum com apresentação atípica do que por uma entidade rara.

PO-07-60

METASTIZAÇÃO PULMONAR DE MELANOMA MALIGNO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Duarte Santos, Rita Rocha, Filipa Cabral Amado, Pedro Neves Tavares, Carla Falcão, Alcina Ponte, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

O Melanoma cutâneo é considerado o mais agressivo das neoplasias cutâneas devido ao seu alto potencial de metastização, apresentando uma taxa de mortalidade aos 5 anos bastante elevada. Os autores apresentam o caso de um homem de 75 anos, com antecedentes de melanoma cutâneo do calcâneo, excisado 5 anos antes, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tosse produtiva intensa, por vezes com expectoração hemoptoica, dor no hemitórax direito, anorexia e perda ponderal, com cerca de 2 semanas de evolução. Uma semana antes recorreu ao médico de família que lhe diagnosticou uma pneumonia tendo sido medicado com Amoxicilina+ácido clavulânico; por não apresentar melhoria sintomática recorreu ao SU. À entrada estava apirético, hemodinamicamente estável, com boas saturações em ar ambiente, sem alterações ao exame objectivo; analiticamente também sem alterações. TC tórax revelou "massa pulmonar direita com extensão pleural e mediastínica em relação com processo expansivo, à qual se associam várias adenopatias mediastínicas(…)múltiplos nódulos pulmonares, em relação com metastização pulmonar bilateral(…)densificação com broncograma aéreo no segmento anterior do lobo superior direito, em relação com foco pneumónico adjacente à lesão neoplásica(…)derrame pleural direito com moderadas dimensões"; o doente foi, então, internado para estudo de tumor primário. Do restante estudo efectuado: TC crânio-encefálica e abdomino-pélvica sem alterações; cintigrafia osteoarticular sem evidência de lesões secundárias. Prosseguiu-se para biópsia da lesão pulmonar guiada por TAC cujo resultado anatomo-patológico revelou: ´os aspectos observados são compatíveis com metástases de melanoma maligno". O doente veio a falecer no internamento ao fim de 3 semanas, após agravamento do quadro respiratório. Os autores pretendem sublinhar a importância que o diagnóstico e intervenção precoces têm nos casos de melanoma, no que respeita ao prognóstico do paciente.

PO-07-61

NÓDULO CUTÂNEO - MANIFESTAÇÃO INICIAL DE UMA NEOPLASIA AGRESSIVA

Margarida Viana Coelho, Tânia Gago, Juvenal Morais, Ana Isabel Rodrigues, Verónica Varela, Armindo Figueiredo
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, HOSPITAL DE FARO - SERVIÇO DE MEDICINA III

INTRODUÇÃO: Os nódulos cutâneos podem representar metástases cutâneas (MC) de diferentes tumores. Na neoplasia pulmonar, a sintomatologia associada à lesão primária é de índole respiratória, contudo cerca de um terço dos doentes têm inicialmente manifestações clínicas resultantes de metástases à distância. Estima-se que as MC ocorrem em 1% a 12% dos casos de neoplasia primária de origem pulmonar. CASO CLÍNICO: Mulher de 62 anos, fumadora, internada por tosse, expetoração e perda de peso recente (não quantificada). Do exame físico, salientava-se na auscultação pulmonar sibilos no hemitórax direito e um nódulo de 2x2 cm, na região torácica, duro e aderente aos planos profundos. Durante a anamnese, apurou-se que o nódulo apresentava já um mês de evolução, sendo que, na altura em que surgiu a doente não apresentava ainda sintomatologia respiratória. Analiticamente: Leucocitose 16,4 x10^9/L, neutrofilia 92,9%, PCR 83 mg/dl, LDH 290 UI/L; Radiografia tórax: hipotransparência dos 2/3 inferiores do pulmão direito; Tomografia Computadorizada (TC): Lesão pulmonar de 63x62 mm, condicionando diminuição do calibre do brônquio lobar superior. Imagens sugestivas de metástases envolvendo: pulmão, fígado, pâncreas, pericárdio e rim; Biópsia do nódulo: compatível com metástase cutânea. Imunohistoquimica: TTF1 +, CK7 +, CK20- sugestiva de origem pulmonar. Durante o internamento verificou-se agravamento clínico significativo. A doente faleceu, antes de realizar biópsia pulmonar ou qualquer tipo de tratamento. DISCUSSÃO: A clínica e exames de diagnóstico apontam para uma neoplasia primária de origem pulmonar, não tendo sido possível confirmar o diagnóstico histológico por biópsia pulmonar devido ao desfecho fatal ocorrido. A neoplasia mostrou ter comportamento biológico muito agressivo. Este caso clínico pretende reforçar a importância da valorização precoce de nódulos da pele pela possibilidade de representarem MC, sobretudo em doentes com fatores de risco para determinadas neoplasias.

PO-07-62

UTILIDADE DO PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE NA GESTÃO DO USO DE ANTIMICROBIANOS EM DOENTES ONCOLÓGICOS EM FIM DE VIDA

Filipa Tavares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE - UNIDADE DE MEDICINA PALIATIVA

O manejo da infeção em fim de vida é controverso, procurando-se fatores preditivos que fundamentem a decisão de a tratar. O Palliative Prognostic (PaP) score é um modelo muito usado, categorizando 3 grupos de risco aos 30 dias, com acuidade elevada. Objetivos: analisar sobrevivência e acuidade do PaP aos 14 dias em doentes infetados, internados, tratados ou não com antimicrobianos; equacionar em função do PaP, subgrupos em que o tratamento da infeção possa

ser dispensável. Método: em retrospetiva 28 meses e todos os internados com neoplasia avançada à data de integração em Cuidados Paliativos (D0); demografia e dados clínicos (tumor, nível funcional, tratamento dirigido em curso e índice Charlson); infeção (excluida candidíase cutâneo-mucosa) definida segundo o registo médico em D0 ("possível" ou "documentada" se isolamentos), anotando-se tipo, evidência de sepsis, leucograma, PCR, culturas e tratamento instituído; PaP score (0 a 17,5) em D0 pelo médico de Paliativos; sobrevivência = intervalo entre D0 e o óbito; acuidade do PaP (curva ROC e teste Hosmer-Lemeshow). Resultados: dos 188 (53% homens, mediana 68 anos, 46% tumores digestivos, 35% em tratamento ativo) 16 (8,5%) estavam vivos à data de análise (mediana sobrevivência 16 dias). Foram boas a acuidade (0,8) e calibragem do PaP. Os 73% tratados viveram mais tempo [21 (IC95% 16-26) vs 9 (IC95% 3-15) dias p=0,02]. Nas mulheres, em não diabéticos, sem tratamento oncológico, sem culturas, com infeção suspeita e PCR mais baixa, a opção foi mais frequentemente não tratar. Os 98 doentes PaP >11 viveram cerca 7 dias (IC95% 5-9). Este foi o único grupo significativa (p=0,048) diferença de sobrevivência de tratados (8 dias) e não tratados (3 dias). Conclusões: O PaP score foi útil na categorização prognóstica de doentes infetados. Um PaP >11 (alto risco) identificou, na amostra, doentes na última semana de vida, sendo passível ser este um grupo em que se deva equacionar o benefício dos antimicrobianos.

PO-07-63

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DO DERRAME PLEURAL – UM CASO DE DERRAME PLEURAL MALIGNO

Pedro Marques, Sara Coelho, Ana Sofia Cunha, Sérgio Silva
CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As etiologias dos derrames pleurais são diversas, como doenças locais da pleura e pulmão e condições sistémicas. Para o diagnóstico diferencial, uma avaliação sistemática é necessária. A toracocentese permite uma orientação diagnóstica e alívio da sintomatologia. Homem de 84 anos, antecedentes de Insuficiência Cardíaca valvular, Doença Renal Crónica estadio 4 NKF, hipertenso e ex-fumador, recorreu à urgência por agravamento de dispneia e ortopedia desde há 3 dias. História de caquexia e prurido generalizado desde há 1 ano. Negava tosse, expetoração ou febre. À admissão, apirético com ausência de sons respiratórios na metade inferior do hemitórax esquerdo. Sem edema ou sinais de trombose venosa profunda nos membros. Sem insuficiência respiratória, analiticamente com BNP 469,6pg/L e PCR de 108mg/L. Derrame pleural de grande volume à esquerda no raio x tórax. Realizada toracocentese com saída de líquido hemático, critérios de exsudado, pH 6,96, 25000 células totais com 80% de linfócitos, DHL >1000U/L, ADA 170U/L, glicose <20U/L, amílase 39U/L; microbiológico, cultural e PCR para micobacterium tuberculosis negativos; citológico com características celulares a sugerirem linfoma. Imunofenotipagem do líquido pleural com presença de população B monoclonal ƙ sem fenótipo característico e imunofenotipagem do sangue periférico inocente. O TC de tórax e a ecografia abdominal sem alterações pleurais, sem adenomegalias ou hepatoesplenomegalia. Não foi conseguida realização de mielograma para caracterização do linfoma por parte da Hematologia. Iniciada ciclofosfamida e prednisolona com boa tolerância. Os Derrames Pleurais Malignos (DPM) são diagnosticados com recurso à citologia do líquido pleural que será positiva em 60% destes casos. Um líquido pleural hemático com ADA e DHL aumentadas e uma glicose diminuída indicam malignidade, nomeadamente nos linfomas. O tratamento é na maioria dos casos paliativo, uma vez que a presença de DPM é normalmente indicador de doença avançada.

PO-07-64

DERRAME PLEURO-PERICÁRDICO – A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO NA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

Joana Cordeiro e Cunha, Rita Meireles, Andreia do Carmo Lopes, Isabel Trindade, Paula Baptista
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Os derrames pleurais e pericárdicos podem ser manifestação de variadas patologias, constituindo um desafio diagnóstico para o Internista. Descreve-se o caso de uma mulher de 47 anos, com antecedentes de um internamento prévio em 2013 por derrame pleuro-pericárdico sero-hemático. O estudo realizado para orientação etiológica foi inconclusivo, nomeadamente bioquímica, microbiologia e anatomia patológica dos líquidos pericárdico e pleural e da biópsia pericárdica, mamografia, TC toraco-abdomino-pélvico, RMN torácica, ecocardiograma e estudo auto-imune. Manteve seguimento em consulta durante dois anos onde repetiu reavaliação analítica e TC do tórax, sem novas alterações. A doente recorre ao SU em Novembro de 2015 por dispneia, tendo sido objectivada recidiva de derrame pleural bilateral. Referia perda ponderal de 20 kg no último ano. Decidiu-se o internamento para repetição de estudo e exclusão de neoplasia oculta. No exame físico da admissão constatou-se endurecimento dos tecidos subcutâneos da mama direita. Realizou mamografia, cuja classificação foi a de BI-RADS 5. O estudo histopatológico da biópsia mamária demonstrou carcinoma ductal invasor grau 1, e o da biópsia pleural foi sugestiva de metástase de carcinoma da mama. A cintigrafia óssea revelou múltiplas lesões metastáticas. De momento a doente está sob quimioterapia neoadjuvante. O diagnóstico precoce é o grande responsável pela redução da mortalidade pelas neoplasias da mama nos países ocidentais. As neoplasias da mama metastizadas conferem uma sobrevida média de apenas 2 anos. Os derrames pleuro-pericárdicos são, por vezes, a manifestação inicial de várias neoplasias, nomeadamente, da mama. Este caso enfatiza a importância da vigilância clínica com exame físico regular (salientando a palpação mamária), no prognóstico a longo-prazo destes doentes, face ao alto grau de suspeição diagnóstica perante derrames pleuro-pericárdicos hemáticos sem etiologia identificada.

PO-07-65

LINFOMA DE HODGKIN E CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS – UMA COINCIDÊNCIA RARA

Ana Campos Nogueira, Adelina Pereira, António Furtado.
HOSPITAL PEDRO HISPANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Carcinoma de Células Renais (CCR) é o tipo mais comum de cancro do rim, sendo responsável por 3% de todos os cancros no adulto. Nas últimas décadas, a incidência da CCR tem vindo a aumentar, em parte, devido à ampla utilização de métodos de imagem. O Linfoma de Hodgkin (LH) representa menos de 1% de todas as neoplasias malignas. É conhecido que os doentes com Linfoma não Hodgkin (LNH) têm maior risco de neoplasias secundárias quando comparados com a população normal. A coexistência de CCR e LH constitui uma situação pouco frequente. Apresenta-se o caso clínico de um doente com diagnóstico de LH mediastínico, a quem foi diagnosticado um CCR síncrono. Trata-se de um doente de 43 anos fumador, obeso e hipertenso. Observado por tosse seca e dor torácica esquerda de características pleuríticas, sem outros sintomas acompanhantes. Realizou radiografia de tórax que mostrou alargamento do mediastino superior, motivo pelo qual realizou estudo complementar com tomografia computorizada (TC) e posteriormente ressonância magnética nuclear (RMN) que mostraram volumosa massa do mediastino anterior. O estudo citológico da referida massa mostrou tratar-se de um LH. Na sequência do estadiamento da neoplasia mediastínica realizou TC abdominal que mostrou volumosa massa renal esquerda, multiloculada, com um componente sólido hipervascular. Colocada a hipótese de neoplasia maligna do rim. Discutido caso clinico com urologia e oncologia médica e decidida realização de nefrectomia esquerda, cujo estudo histológico revelou CCR. Posteriormente iniciou quimioterapia dirigida ao LH. Atualmente em follow-up sem evidência de recidiva das neoplasias. Este caso clínico retrata a presença síncrona de CCR e LH, em que o diagnóstico de CCR foi um achado imagiológico resultante do estadiamento da neoplasia mediastínica.

PO-07-66

TRÊS ANOS DO EVENTO TROMBÓTICO À NEOPLASIA

Joana Sotto Mayor, Margarida Robalo, Ana Paula Pacheco, Sofia Esperança, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Doente de 84 anos, sexo masculino, autónomo, com antecedentes de Hiperplasia Benigna da Próstata e Doença Renal Cronica estadio 3. Seguido na Consulta de Medicina Interna por dois episódios recorrentes de Trombose

Venosa Profunda do membro inferior esquerdo em 2012, motivo pelo qual estava hipocoagulado desde então. Todo o estudo realizado para despiste de neoplasia foi negativo. Em Setembro de 2015 realizada consulta adicional por queixas de cansaço fácil, dispneia, sensação de diminuição do débito urinário com urina concentrada e dor no membro inferior direito (MID) com edema acentuado. Analiticamente: creatinina 4,7mg/dL; ureia 240mg/dL; Proteina C Reactiva 110mg/dL; Leucocitos 240000; neutrófilos 20x10^3. Foi internado para estudo. Colheu rastreio septico e iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone. Realizou ecografia reno-vesical: "hidronefrose major bilateral, sendo maior à esquerda sem identificação da obstrução adjacente". Eco-doppler do MID sem evidência de trombose venosa profunda. Tomografia computadorizada Toraco-Abdomino-Pélvica:"(…)várias adenopatias retroperitoniais com cerca de 1/1,8cm (…) hidronefrose do rim direito condicionada por massa pélvica lateralizada para a direita com cerca de 6,4x7cm de maior diâmetro -conglomerado adenopático?". Fez nefrostomia à direita e biopsia da massa pélvica: "Metástase de neoplasia com características fenotípicas de Carcinoma Epidermoide". Citológico de urina:"Suspeito de malignidade". Conclui-se ser um carcinoma epidermóide primário da bexiga. Manteve no internamento leucocitose em crescendo, compatível com reacção leucemoide à neoplasia identificada. O presente caso visa alertar para a necessidade de seguimento de doentes com eventos trombóticos em idades mais avançadas, pois durante um período que pode chegar até cinco anos após o mesmo poderá ser um pronuncio de uma neoplasia potencial nesse período.

PO-07-67

ACALÁSIA E SÍNDROME MIASTÉNICO DE LAMBERT-EATON EM CONTEXTO PARANEOPLÁSICO

João Pedro Abreu, Elsa Gonçalves, Carla Lemos Costa, Carlos Oliveira
HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR - BARCELOS

A Síndrome Miasténico de Lambert-Eaton (SMLE) é uma patologia rara de provável etiologia autoimune e caracterizada por fraqueza muscular proximal, arreflexia e disfunção autonómica. Cerca de 40% destes síndromes estão associados a presença concomitante de neoplasia, sendo a mais frequente o carcinoma de pequenas células do pulmão (CPCP). Estão descritos casos de dismotilidade Gastrointestinal neste contexto. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 70 anos, admitido por edema e rubor da face com 1 mês de evolução. Referia queixas de perda de força muscular e hipostesia nos membros inferiores e disfagia com 1 ano de evolução. Era portador de electromiografia que demonstrava polineuropatia sensitivo-motora, com características axonais desmielinizantes, com maior atingimento dos MIs e ainda de manometria esofágica manometria que revelava bom relaxamento do esfíncter esofágico inferior e movimentos peristálticos terciários. À admissão destaca-se a presença de síndrome da veia cava superior, atrofia muscular dos membros inferiores, défice sensitivo em peúga e hiporeflexia. A tomografia axial computorizada mostrou massa mediastínica anterior com cerca de 100x90x60 mm de maiores eixos comprimindo a veia cava superior. A ressonância magnética cerebral. A biópsia aspirativa trans-torácica mostrou tumor carcinóide com alta taxa replicativa (Ki 67 60%), com marcação para TTF-1, compatível com CPCP. Solicitado ainda estudo imunológico pela suspeita de SMLE como manifestação paraneoplásico, o qual mostrou positividade para anticorpos Anti-Hu e Anti-anfifisina. Com este caso pretende-se realçar a importância do reconhecimento das síndromes paraneoplásicos como manifestação precoce de neoplasias. Os síndromes paraneoplásicos neurológicos representam uma minoria e exigem um alto grau de suspeição. Salienta-se ainda a forte associação entre a SMLE e o CPCP, contudo a presença de dismotilidade gastrointestinal seja pouco comum no SMLE.

PO-07-68

PRURIDO, JANELA PARA UM DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO RARO.

Santos Adriana, Cabo João, Damásio Helena, Murinello António
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

Linfoma linfoplasmacítico é um linfoma Não-Hodgkin de pequenas células B com baixo grau de malignidade que envolve habitualmente a medula óssea, baço e gânglios linfáticos. É um diagnóstico raro (1-2% de todos os linfomas), caracterizado por uma gamopatia monoclonal, habitualmente de tipo M e raramente G ou A. Chama-se macroglobulinemia de Waldenström quando associado a aumento de imunoglobulina (Ig) M e sintomatologia de hiperviscosidade. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 58 anos com um quadro de 7 meses de evolução progressiva de cansaço, dispneia e febre baixa. Episódio de oclusão intestinal por bridas e ascite ligeira nos 5 meses antecedentes. Evolução do quadro com prurido intenso, hiperpigmentação cutânea com xerodermia, anorexia e emagrecimento de 10 quilogramas em 2 meses. Pelas alterações cutâneas realizou biópsia cutânea que revelou hiperpigmentação pós-inflamatória. Analises: anemia, velocidade de sedimentação aumentada, electroforese proteica com gamopatia monoclonal IgG lambda, com cadeias leves livres no soro e urina aumentadas com relação k/λ normal e β2-microglobulina elevada. Realizou mielograma (5% de plasmócitos, alguns patológicos) e biópsia óssea que revelou o diagnóstico final: linfoma linfoplasmacítico. A tomografia computorizada (TC) do tórax: derrame pleural bilateral e pericárdico. Provas de função respiratória com alterações restritivas. Biópsia pleural com inflamação crónica e fibrose e pulmonar com inflamação aguda. A TC abdominal: sem adenopatias ou organomegalias. Conclusão: Este caso destaca-se pela apresentação arrastada com alterações cutâneas extensas e prurido paraneoplásicos, associada de polisserosite e sintomas B. Quadros semelhantes devem fazer pensar em doença hematológica oncológica no diagnóstico diferencial. Geralmente este tipo de linfomas obtém melhores resultados quando tratados com quimioterapia, pelo que a importância do diagnóstico prende-se com a necessidade de tratamento específico.

PO-07-69

SÍNDROME DE CUSHING EM DOENTE COM TUMOR DO PULMÃO

Élia Cipriano, Albina Moreira, Maria Castelo Branco, Fernanda Estevinho, Eduardo Eiras, M. Catarina Tavares, Teresina Amaro, Manuela Mendes, Ana Paula Marques
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

Introdução: A Síndrome de Cushing com produção ectópica de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) é rara. As neoplasias do pulmão são uma das causas conhecidas. Caso clínico: Homem, 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2, ex-fumador. Com massa pulmonar hilar direita 54x47x45mm detetada em junho de 2015, irressecável. Fez duas biópsias brônquicas compatíveis com tumor carcinoide do pulmão, sem necrose, sem mitoses, Ki67 3%, com imunorreatividade para cromogranina e sinaptofisina, contudo em amostra limitada. A tomografia por emissão de positrões (PET) com Ga68-DOTA-NOC mostrou expressão discretamente aumentada de recetores de somatostatina na massa hilar direita. Níveis de cromogranina A 148 ng/mL (<100) e ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) 31.8 mg/24h (2.0-10.0). Fez tratamento de quimioterapia com cisplatina e etoposido segundo o protocolo e iniciou octreotido. Foi internado em janeiro de 2016 por suspeita de tubulopatia secundária à cisplatina, com poliúria, hipocalemia (1.8mEq/L); hipernatremia (147mEq/L); hipomagnesemia (1.22mg/dL); hipocalcemia (7.6mg/dL); com creatinina e ureia normais. Clinicamente sem estigmas de Síndrome de Cushing, com HTA e glicemias de difícil controlo e alterações iónicas de difícil correção. Fez doseamento de cortisol em urina de 24 horas 1761.6 µg/24h (4.3-176.0); doseamento de ACTH 422.2 pg/mL (7.2-63.3); paratormona 49.9 pg/mL (15.0-68.3) e 5-HIAA 49.1 mg/24h. A PET com fluorodesoxiglicose mostrou captação aumentada na massa para-hilar direita. Iniciou terapêutica com metirapona, com melhoria clínica e analítica. Conclusão: A hipocalemia, a HTA resistente e a diabetes descompensada, mesmo sem estigmas típicos, podem ser uma forma de apresentação da Síndrome de Cushing com produção ectópica de ACTH. Este caso mostra a importância da sua suspeita clínica, mesmo após o início do tratamento prévio da neoplasia. Por vezes, esta síndrome pode ser mimetizada por efeitos secundários da cisplatina.

PO-07-70

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO SOB TRATAMENTO COM LENALIDOMIDA E DEXAMETASONA

Marta Peixoto, Sónia Moreira, Francisco Parente, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Introdução: A associação entre Mieloma Múltiplo (MM) e tumores sólidos é controversa. Alguns estudos têm demonstrado um aumento do risco para uma segunda neoplasia maligna hematológica e não-hematológica, sendo refutado por outros. Por outro lado, a opção de tratamento do MM com lenalidomida e dexametasona não parece estar associada ao aumento de incidência de tumores sólidos não hematológicos. Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 80 anos, com diagnóstico prévio de MM estabelecido há 6 anos, sob tratamento com lenalidomida e dexametasona, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por agravamento progressivo de dor abdominal e icterícia, com elevação da bilirrubinemia total (à custa da direta) e da enzimologia hepática. Na ecografia abdominal identificaram-se dois nódulos hepáticos, no segmento VIII e VII/VIII, com 15mm e 9mm, respectivamente. Observou-se também espessamento circunferencial do antro gástrico e uma imagem nodular de 16mm, hipo-refletiva, adjacente à cabeça do pâncreas. Realizou uma endoscopia digestiva alta e biópsias da lesão que revelaram tratar-se de um adenocarcinoma invasor NOS (Intestinal de Lauren), sugestivo de primário gástrico. Realizou ainda uma TC toraco-abdomino-pélvica para estadiamento onde se identificaram 10 nódulos hipodensos hepáticos, sugestivos de lesões secundárias, e estenose com cerca de 15mm de extensão na metade inferior do colédoco, no segmento intra-hepático. A doente foi submetida a gastrojejunostomia, vindo a falecer durante o internamento. Discussão: A associação entre segundas neoplasias primárias não-hematológicas e MM é controversa. O seu surgimento num doente sob tratamento com lenalidomida e dexametasona é raro e não existem ainda estudos que comprovem esta associação. Sugere-se que os doentes com MM sejam rastreados antes e durante o tratamento com lenalidomida para identificação precoce de neoplasias síncronas.

PO-07-71

NEOPLASIA DO OVÁRIO DIAGNOSTICADA POR MEIOS POUCO HABITUAIS

António Fontes, Carolina Vidal, Cláudia Rodrigues, Luís Dias, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A neoplasia maligna do ovário é a segunda causa mais comum de cancro ginecológico e a entidade que causa maior número de óbitos. Cerca de 95% destas neoplasias derivam de células epiteliais. Apresenta-se o caso de uma doente de 64 anos de idade, com os antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (não insulinomedicada), excesso de peso, dislipidémia e esteatose hepática, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro com 2 meses de evolução de astenia, emagrecimento (8 quilogramas – 11% de peso perdido), dispneia de esforço, ortopneia, aumento do volume abdominal, obstipação e vómitos pós-pradiais. Ao exame objetivo, destacava-se: ascite, diminuição do murmúrio vesicular à direita e paresia grau 4 da perna direita. Dos exames complementares realizados ao longo do internamento obteve-se: anemia da inflamação crónica, trombocitose, CA125 338,9U/mL, Velocidade de sedimentação de 81mm, TSH 1,38UI/mL, derrame pleural direito, espessamento do grande epíploon (sinal de omental cake por tomografia axial computorizada), líquido ascítico com células de adenocarcinoma e na colonoscopia "abaulamento procidente na transição recto-sigmóide com mucosa congestiva, duro ao toque da pinça". As biopsias realizadas na mucosa intestinal revelaram carcinoma pouco diferenciado de alto grau e a imunocitoquímica identificou as células neoplásicas positivas para CK7, WT1, ER (fraco) e PGR (intenso) e negativas para CK20 e CDX2, padrão habitualmente encontrado no carcinoma seroso do ovário de alto grau. A oclusão intestinal é uma complicação comum da neoplasia do ovário avançada e ocasionalmente pode ser o quadro de apresentação da doença.

PO-07-73

TUMOR CARCINÓIDE: A IMAGEM SUSPEITA

Daniela Marques Marto, Nandi Lopes Rodrigues, Teresa Plancha Silva, Maria do Mar Menezes, Catarina Salvado, José António Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 7.1

Apenas 1% a 6% dos tumores do pulmão são carcinóides, representando um grupo fascinante mas incomum de neoplasias do pulmão no adulto. Quando broncopulmonares o síndrome carcinóide ocorre apenas em 2% dos casos, contra os 20% observados aquando do envolvimento gastrointestinal, o mais frequente. Trata-se do caso de uma mulher de 63 anos, caucasiana, não fumadora, com história de asma não medicada, que recorreu ao S.U. por tosse com expectoração mucosa e dispneia, com 7 dias de evolução, previamente medicada sintomaticamente, sem melhoria. No S.U., objectivou-se febre, dispneia, ligeira hipoxémia e discreto broncospasmo. Analiticamente com ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios, e radiologicamente com condensação pulmonar heterogénea para-hilar direita, já presente em radiogramas prévios. Foi internada admitindo-se pneumonia. Posteriormente referiu história de pneumonia com internamento há uma década, tendo na época recusado estudo adicional para esclarecimento das alterações radiológicas. Realizou TC Tórax que revelou condensação no lobo superior direito com atelectasia associada, e obliteração do brônquio principal direito. Posteriormente submetida a broncofibroscopia que demonstrou sinais directos de neoplasia: lesão hipervascularizada, exofítica, que obliterava o brônquio do lobo superior direito e fazia protusão sobre o brônquio principal; efectuadas biopsias que foram compatíveis com tumor neuroendócrino bem diferenciado. Realizou ainda TC crânio-encefálica e tóraco-abdómino-pélvica de estadiamento, sem sinais sugestivos de lesões secundárias. Sem sintomatologia de síndrome carcinóide e doseamentos de ácido 5-hidroxiindolacético e serotonina normais. Encaminhada para Pneumologia e Cirurgia Torácica, para discussão de possível lobectomia superior direita. A pertinência deste caso prende-se com o tipo de tumor infrequente, sem sintomas sugestivos, diagnosticado por suspeição de uma imagem radiográfica não esclarecida, ainda que com vários anos de evolução.

PO-07-74

NEOPLASIA MUCINOSA DO APÊNDICE – UMA SURPRESA HISTOLÓGICA!

António Fontes, Vanessa Barcelos, Cláudia Rodrigues, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Reporta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino de 87 anos de idade com antecedentes pessoais de doença coronária, hipertensão arterial e dislipidémia, que recorreu ao Serviço de urgência com quadro de dor abdominal constante nos quadrantes inferiores do abdómen, vómitos, diarreia com muco e febre com 3 dias de evolução. Da observação e exames subsidiários realizados, assumiu-se gastroenterite aguda complicada de lesão renal aguda e desidratação, tendo o doente ficado internado para compensação. Após cumprir 7 dias de ciprofloxacina endovenosa, mantinha dor abdominal mais localizada à fossa ilíaca direita, febre e parâmetros inflamatórios elevados. Neste contexto foi realizada tomografia axial computorizada abdominal que revelou: "realce marcado dos folhetos peritoneais e presença de múltiplas bolhas gasosas, compatível com infeção e provavelmente secundário a perfuração de víscera oca" . Foi admitido no bloco operatório para laparotomia exploradora de urgência, constatando-se no intra-operatório plastron pélvico envolvendo múltiplas ansas do intestino delgado e cólon sigmóide, de provável etiologia apendicular (abundante conteúdo de mucina na proximidade do cego, aderente a ansas do delgado). O estudo histológico da peça cirúrgica revelou neoplasia mucinosa do apêndice de baixo grau. O doente teve alta e manteve seguimento em consulta de Cirurgia Geral. Os tumores do apêndice são entidades pouco frequentes e distribuem-se por três tipos histológicos distintos, o benigno (16% casos), o maligno (27% casos) e o carcinóide (57% casos). O adenoma mucinoso do apêndice cecal é considerado uma entidade clínica rara observada em 0,07 a 0,3% das apendicectomias realizadas e o resultado histológico obtido foi uma surpresa quer para o Internista quer para o Cirurgião Geral.

PO-07-75

CONGLOMERADO ADENOPÁTICO CERVICAL

Filipa S Pinho, Filipa Macedo, Kátia Ladeira, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Mais de um terço dos linfomas extra-nodais envolvem a cabeça e pescoço. Destes,60–70% localizam-se no anel de Waldeyer, sobretudo nas amígdalas palatinas, estando a cavidade nasal e os seios nasais envolvidos unicamente em 0.2–2% dos casos. As neoplasias não glandulares do cavum faríngeo, coletivamente denominadas de carcinoma da nasofaringe (NF) são as mais frequentes nesta área. Os linfomas podem ser genericamente divididos em linfomas de hodgkin e não hodgkin (LNH) e 25–30% destes últimos têm apresentação extranodal. A adenopatia cervical, associada ou não a sintomas B (perda de peso, febre e sudorese nocturna) constitui a principal forma de apresentação destas neoplasias. Caso Clínico: Homem, 83 anos, antecedentes de hipertrofia benigna da próstata, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, alcoolismo e ex-fumador. Referenciado à consulta de Medicina interna por conglomerado adenopático cervical com 1 mês de evolução. Ao exame objectivo apresentava múltiplas adenopatias cervicais e supraclaviculares bilaterais, duras, móveis, as maiores com 3 cm. Do estudo etiológico: Analiticamente LDH 215 U/L, beta-2 microglobulina 4383 mg/dl, serologias infeciosas, Endoscopias e Tomografia computorizada (TC) crânio-encefalica normais.TC toraco-abdomino-pelvico com adenopatias supraclaviculares, axilares, retroperitoneais, ilíacas e inguinais. O estudo anatomopatológico revelou um LNH de Grandes Células B difuso. Discussão:As neoplasias da NF constituem um desafio em termos diagnóstico e terapêutico sendo, pela dificuldade inerente, dos tumores mais subdiagnosticados do trato respiratório superior. Apesar das adenopatias não serem o principal motivo pelo qual os doentes procuram o médico, nas doenças linfoproliferativas da NF estão presentes à altura do diagnóstico em cerca de 85% dos casos. Conclusão: Os linfomas da nasofaringe são uma entidade rara. O quadro inespecífico torna o diagnóstico tardio, com as inerentes consequências no prognóstico.

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS LCD #8

PO-08-01

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Raimundo, Rui Magalhães, Cristina Lameirão Gomes, Vanessa Pires, Marisol Guerra, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Introdução: O linfoma T angioimunoblástico é um dos subtipos de linfoma não Hodgkin (LNH) de células T periférico. Representa apenas a 1 a 2% dos LNH (2), com uma incidência de 0.05 casos por 100.000 pessoas-ano nos EUA (1,2). A sua apresentação é usualmente aguda, com estadio avançado ao diagnóstico e comportamento agressivo. Está associado a complicações infeciosas que dificultam muitas vezes o tratamento. O prognóstico é sombrio com sobrevida inferior a 3 anos (2,3). Caso clínico: Sexo masculino, 77 anos. Antecedentes pessoais de DRC estadio V secundária a nefropatia IgA sob diálise peritoneal e LNH inguinal esquerdo, diagnosticado em 1987 (subtipo desconhecido), submetido a radioterapia local, sem recidiva. Admitido por tumefações cervicais e axilares com 3 semanas de evolução e agravamento progressivo, disfonia, disfagia e astenia. Sem sintomas B. Objetivamente, a destacar, a presença de adenopatias volumosas cervicais, supraclaviculares e axilares bilaterais, de consistência elástica, móveis e dolorosas à palpação. A TC toraco-abdomino-pélvica acrescentou a presença de hepatomegalia e adenopatias mediastínicas Analiticamente, com anemia (Hb 11.73 g/dL) macrocítica, sem hemólise ou alterações das restantes linhagens. Elevação da VS (76 mm/1ªh) e da beta-2 microglobulina (16 ug/mL); eletroforese das proteínas séricas sem alterações. Foi confirmado o diagnóstico de LNH de células T subtipo angioimunoblástico por imunofenotipagem de sangue periférico e histologia de gânglio linfático, estadio IVA de Ann-Harbor. Iniciada quimioterapia com ciclofosfamida, vincristina e prednisolona, sem intercorrências. Novo internamento no décimo dia após quimioterapia por cervicalgias intensas, complicado por traqueobronquite aguda e infeção do cateter de diálise peritoneal por agentes associados aos cuidados de saúde, tendo o doente falecido 9 dias depois. Propomos este caso dado que esta é uma entidade rara, frequentemente com evolução rápida e mau prognóstico.

PO-08-02

MACROGLOBULINÉMIA DE WALDENSTROM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Juliana Silva, Rafael Velho, Laura Castro, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA, GUIMARÃES

Homem de 59 anos, enviado à consulta de Medicina Interna por anemia hipocrómica e microcítica, sem alterações no estudo endoscópico. Assintomático até há 1 ano altura em que iniciou astenia e fadiga. Na primeira consulta apresentava queixas de anorexia e perda de 1Kg na última semana. Foi solicitado um estudo analítico onde se verificou, uma bicitopenia (anemia e leucopenia com neutropenia grave), no esfregaço de sangue periférico a presença de roleaux eritrocitário e um pico monoclonal gama na electroforese de proteínas. Foi internado para estudo. Dos exames efectuados verificou-se uma banda de precipitação monoclonal IgM do tipo cadeias leves kappa, um padrão de osteopenia generalizado nos ossos longos, sem documentação de lesões líticas e em TC de toraco-abdominal a presença de múltiplas adenopatias, as maiores em conglomerado no mediastino anterior (43x27mm). Efectuou mielograma que, dada a celularidade da amostra, não permitiu tirar conclusões pela sobreposição celular. A imunofenotipagem de sangue periférico não revelou alterações e a amostra de sangue medular coagulou. Realizou exérese de adenopatia axilar e novo mielograma com biópsia óssea cujas amostras revelaram a infiltração por linfócitos de tamanho pequeno compatível com linfoma B não Hodgkin do tipo linfoma linfoplasmocítico. Dada a raridade do tipo histológico identificado, as amostras foram enviadas para um patologista de referência onde se confirmou o diagnóstico de macroglobulinemia de Waldenström. O doente foi enviado para a Hemato-Oncologia onde iniciou terapêutica e até à data encontra-se clinicamente estável.

PO-08-03

HIPEREOSINOFÍLIA NO SANGUE PERIFÉRICO: UM CASO CLINICO INTRIGANTE

Ilda Coelho, Tiago Leal, Sara Costa, Ana Luísa Antunes, Maria João Ferreira, Guilherme Castro Gomes, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 50 anos, internada por toracalgia refractária, associada a presumível pneumonia com derrame pleural esquerdo. A detecção de eosinofilia moderada no sangue periférico e no líquido pleural levou à procura extensiva da causa etiológica. Do estudo realizado, destacam-se o perfil alérgico, auto-imune, infeccioso negativos; provas de função respiratória equívocas; infiltrados com polimorfonucleares e eosinófilos na biopsia dos cornetos nasais; eosinófilos no lavado brônquico; endoscopia alta negativa; estudo imagiológico negativo; ecocardiograma sem alterações da morfologia ou da função. Realizou terapêutica para fasciolíase, por serologia duvidosa, iniciou corticoterapia e programou-se estudo da medula óssea para exclusão de doença linfo e mieloproliferativa, através do estudo morfológico e citogenético, que afastaram o diagnóstico de síndrome hipereosinofílico primário. Cerca de um mês depois, já em desmame de corticóide, inicia quadro de desconforto e aumento do volume abdominal. Re-internada para estudo de ascite de pequeno volume e exame endoscópico do tubo digestivo alto e baixo, com biopsias cegas múltiplas. Estas mostraram-se negativas e o líquido ascítico era rico em eosinófilos. Comparando o nosso caso com outros descritos na literatura, chegamos à conclusão que o diagnóstico mais provável era o de Gastrenterite Eosinofílica, variante serosa.

PO-08-04

UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE DOR ABDOMINAL E DIARREIA – TROMBOSE DAS VEIAS PORTA E MESENTÉRICA

Priscila Diaz, Natália Fernandes
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A trombose da veia porta é entidade rara, cujas causas mais frequentes no adulto são cirrose avançada e neoplasia maligna. Pode ser assintomática ou manifestar-se como dor abdominal, febre e isquemia intestinal. Os autores apresentam o caso de um homem de 47 anos, com antecedentes de doença venosa periférica, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico caracterizado por dor abdominal difusa, de predomínio nos quadrantes superiores, acompanhado de enfartamento, diarreia com muco e anorexia não selectiva, com cerca de 4 dias de evolução e agravamento progressivo. O estudo analítico não revelou alteração dos parâmetros renais e hepáticos, destacando-se apenas PCR 12.72 mg/dl. Realizou TC abdominal que revelou extensa trombose da porta com extensão ao confluente e à veia esplénica associada a extensa trombose venosa mesentérica. Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios, para vigilância. Após discussão do caso com a Cirurgia Vascular, iniciou terapêutica com heparina de baixo peso molecular. Teve alta hipocoagulado, orientado para consulta de Medicina Interna. O estudo genético das trombofílias revelou que o doente é portador da variante c.677C>T do gene MTHFR em heterozigotia e da variante PAI-1 -675 (4G) do gene PAI-1 em homozigotia. Esta ultima mutação, embora ainda associada a alguma controvérsia, parece estar relacionada com um risco aumentado de trombose venosa de órgãos internos, incluindo trombose da veia porta. Manteve hipocogulação e seguimento em consulta de Cirurgia Vascular. Esta entidade, por mimetizar causas comuns de dor abdominal, é muitas vezes subdiagnosticada. É importante a sua consideração no diagnóstico diferencial, possibilitando abordagem adequada e atempada destes doentes.

PO-08-05

CEFALEIAS E VISÃO TURVA PODEM SER UMA EMERGÊNCIA MÉDICA: SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Emília Guerreiro, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: O síndrome de hiperviscosidade (SHV) refere-se às consequências clínicas do aumento da viscosidade sanguínea, geralmente resultante do aumento de imunoglobulinas plasmáticas. Pode ocorrer em doenças como macroglobulinemia de Waldenstrom (MW), mieloma múltiplo (MM) e leucemias agudas. Caso clínico: Homem, 73 anos, hipertenso não medicado. Observado em consulta de oftalmologia por visão turva e cefaleia, com 4 dias de evolução. Diagnosticada oclusão da veia central da retina (OVCR), foi encaminhado ao SU por suspeita de SHV. Pálido, anictérico. Sem hepatoesplenomegália nem adenopatias palpáveis. Analiticamente: anemia (8.6g/dl) macrocítica/hipercrómica; linfocitose; trombocitopenia (72000/uL); marcado rouleaux eritrocitário; Velocidade de Sedimentação> 170mm/h; alterações da coagulação; hiperproteinemia (10,6g/dl); hipergamaglobulinemia IgM (6.96g/dl) e cadeias leves lambda (4.63g/dl). Electroforese com pico de base estreita na região gama, com imunofixação a confirmar gamapatia monoclonal IgM/Gama; sem lesão renal ou hipercalcemia. Perante a forte suspeita de discrasia linfoplasmocitária (MW/MM-IgM) com critérios para plasmaferese urgente, foi transferido para hospital central, onde realizou 5 sessões. Estudo medular com "fenótipo compatível com MW". Submetido a 3 ciclos de quimioterapia (doxorrubicina, ciclofosfamida + rituximab) com descida do pico M para 3g/dl, após o 1º ciclo. Ficou medicado com eritropoetina e ciclofosfamida. Durante o internamento teve como intercorrências infecciosas, bacteriemia por estafilococos, enterococos faecalis e pseudomonas aeruginosa. Conclusão: O achado de OVCR pode levar ao diagnóstico de importantes doenças sistêmicas, neste caso a MW, doença rara que representa 2% de todas as neoplasias hematológicas. Salienta-se o pronto reconhecimento do SHV, que constitui uma emergência médica, permitindo o diagnóstico e tratamento atempados com realização de plasmaferese urgente.

PO-08-06

UM CASO ATÍPICO DE DOR TORÁCICA

Teresa Vilaça Santos, Inês Antunes, Ana Costa, Ivone Barracha e Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRAS

Mulher de 71 anos, com história de HTA e síndrome depressivo, que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia à esquerda com cerca de um mês de evolução. Sem outras queixas de órgão ou sistema. Objectivou-se um tumefação na face posterior do hemitórax esquerdo e diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda. Na avaliação analítica detetou-se anemia (Hb 9.8 g/dL). Da avaliação imagiológica salienta-se derrame pleural à esquerda na radiografia de tórax e TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou volumosa massa sólida heterogénea a envolver o baço, diafragma do mesmo lado, parede toraco-abdominal esquerda, aspectos infiltrativos dos grupos musculares e tecido celular subcutâneo do dorso, rim esquerdo, músculo psoas ilíaco, arcos costais posteriores esquerdos, e múltiplas adenopatias lombo-aórticas e retro-crurais. O exame histológico da referida massa revelou Linfoma Não Hodgkin B difuso de grandes células (LNH-DGCB). Foi então feito o diagnóstico de LNH-DGCB, estádio IV A, tendo sido transferida para o serviço de Hematologia, para início de quimioterapia. Faleceu dois meses após o diagnostico. Os autores apresentam este caso clinico salientando a sua forma de apresentação, apenas como dor torácica, que levou ao diagnóstico de uma neoplasia hematológica agressiva e já disseminada. O linfoma B difuso de grandes células (DGCB) é um linfoma agressivo potencialmente curável com quimioterapia. É o Linfoma Não Hodgkin (LNH) mais frequente, representando cerca de 30 % de todos os linfomas. Geralmente ocorre em indivíduos com idade superior a 50 anos. Em cerca de 30% dos casos tem uma apresentação aguda com sintomas B e cerca de 50% dos doentes apresentam alguma infiltração extraganglionar ao diagnóstico (estádio III-IV). O seu comportamento é rapidamente progressivo, se não for tratado precocemente.

PO-08-07

ANEMIA PERNICIOSA: UM CASO CLÍNICO

João Olivério Ribeiro, João Pinto Machado, Sofia Costa Martins, Ana Abreu Nunes, Joana Marques, Eurico Oliveira, João Alexandre, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Introdução A Anemia Perniciosa é provocada pelo défice de Fator Intrínseco (FI), que impede a absorção da Vitamina B12, levando a eritropoiese ineficaz que se traduz em elevação do Volume Globular Médio (VGM). As principais causas são a gastrite atrófica, autoanticorpos anti-FI e gastrectomia. Caso Clínico Mulher de 81 anos, referenciada pelo Médico de Família ao Serviço de Urgência (SU) por tonturas, astenia e alterações em análises que revelaram anemia macrocítica (Hb: 7,9g/dl; Htc: 24,8%; VGM: 126,2fl) e défice de vitamina B12 (<30). Antecedentes de diabetes II, hipertensão e excisão de pólipo gástrico (6 meses antes) com endoscopia digestiva alta que revelou: ´foco hiperplásico na face posterior do antro, não erosionado. Sem outras alterações´. Medicada com diltiazem, irbesartan+hidroclorotiazida, metformina+vildagliptina e gliclazida. Sem antecedentes de alergias e transfusões. Apresentava-se com pele e mucosas descoradas e tensão arterial de 188/60mmHg. Sem outras alterações. Fez análises que revelaram Hb de 6,5g/dl com Htc de 19,5%, VGM de 127,9fl e RDW de 20,5%. Sem outras alterações significativas. Assumiu-se provável défice de vitamina B12, e fez transfusão de 2 Unidade de Concentrado de Eritrócitos e cianocobalamina. Teve alta com melhoria dos sintomas, medicada com vitamina B12 semanalmente e orientada para consulta onde fez estudo analítico que revelou melhoria do hemograma (Hb 11.3g/dl; VGM 97.1fl), cinética do ferro e ácido fólico normais, vitamina B12 >2000 pg/ml (179-1130) e anticorpos anti-FI e anti-células parietais gástricas positivos, o que fez o diagnóstico de anemia perniciosa. Conclusão: No idoso o diagnóstico diferencial de anemia é particularmente amplo. A presença de macrocitose orienta para um distúrbio da maturação, que neste caso foi devido a um défice de vitamina B12. Conhecido o défice é importante compreender a sua causa, de modo a corrigi-lo adequadamente e prevenir eventuais complicações associadas.

PO-08-08

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA

Teresa Vilaça Santos, Inês Antunes, Ana Costa, Ivone Barracha e Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRAS

Introdução: A febre de origem indeterminada constitiu um problema clinico comum, sendo classicamente definida por temperatura axilar >38.3°C em várias ocasiões, com duração superior a 3 semanas não tendo sido estabelecido diagnóstico após uma semana de investigação. As etiologias mais frequentes são causas infecciosas, reumatológicas ou neoplásicas. Os linfomas constituem dentro da patologia neoplásica uma das causas mais frequentes. Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 78 anos de idade, trabalhador rural, internado por febre de etiologia a esclarecer. Laboratorialmente salientava-se apenas um padrão de citocolestase hepática pelo que realizou ecografia abdominal que mostrou baço discretamente aumentado volume. TC abdominal e pélvica sem alterações relevantes. Iniciou empiricamente Ceftriaxone, que foi suspenso ao 5º dia por aparecimento de rash cutâneo. Teve alta a aguardar serologias, que foram positivas para coxiella burnettii – título IgM 1/64 fase I e 1/128 fase II, tendo cumprido antibioterapia com Doxicicilina. Após ter terminado antibioterapia reiniciou febre, de predomínio vespertino, com sudorese nocturna e agravamento das lesões cutâneas (pápulas eritematosas disseminadas, não descamativas exuberantes no dorso), pelo que foi novamente internado. Durante o internamento manteve picos febris e surgiram múltiplas adenopatias. Laboratorialmente destaca-se hipergamaglobulinemia policlonal e VS elevada. Biopsia óssea com infiltrado polimórfico constituído por línfocitos T e linfócitos B. Biopsia ganglionar e biopsia cutânea compatíveis com o diagnóstico de linfoma de células T angioimunoblástico Conclusão: O linfoma T angioimunoblástico é uma variante do linfoma de células T periférico, representando de 2-4% dos Linfomas Não Hodking. Habitualmente apresenta-se de forma aguda e sistémica, com manifestações clínicas tão variadas, como: febre, exantema cutâneo, adenopatias, anemia hemolítica e hipergammaglobulinemia policlonal.

PO-08-09

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASSOCIADO A LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS

Filipa Ferreira, Sofia Mateus, Rui Costa, Luciana Frade, Ana João Pissarra, Iala Costa, António Carvalho, Vítor Batalha, Ana Lynce, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - UNIDADE FUNCIONAL IV, HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Introdução: O Síndrome hemofagocítico (SHF) é um síndrome raro e agressivo de activação imunológica excessiva. O desencadeante mais comum é a infecção, mas está descrita a relação com neoplasias. Caso clínico: Mulher, 74 anos, com antecedentes de Hipertensão arterial e Tuberculose ganglionar em 1999, sob anti-hipertensores. Internada em Abril de 2015 por síndrome febril indeterminado (SFI). Analiticamente: anemia com perfil de doença crónica (Ferritina>600ng/mL), LDH>1000U/L e VS>100mm/h. Exames seriados com hemoculturas, uroculturas, serologias virais/bacterianas foram negativos, bem como estudo complementar imunológico, mielograma (MG), tomografia toraco-abdomino-pélvica, ecocardiograma transesofágico, broncofibroscopia, estudo digestivo endoscópico, cintigrafia com gálio e tomografia por emissão de positrões. Manteve follow-up em consulta com melhoria clínica e laboratorial, mas voltou a ser internada em Outubro por recorrência de febre, astenia, anorexia e perda ponderal. Analiticamente: pancitopénia (Hb 6.8g/dL, Leucócitos 2700, Plaquetas 23000), Ferritina>3000ng/mL, LDH>5000U/L e citólise hepática. A ecografia/tomografia abdominal revelou incontáveis adenopatias nas cadeias retro-peritoneais abdominais em conglomerados, sugerindo processo linfoproliferativo. Por cumprir critérios para SHF, iniciou-se Dexametasona. O MG com biópsia óssea revelou macrófagos em número aumentado com hemofagocitose activa e a biópsia ganglionar infiltração por Linfoma B difuso de grandes células. Foi administrado 1 ciclo de quimioterapia com R-CHOP, mas a doente faleceu ao 10º dia de internamento, em aplasia medular, com choque séptico, trombose da veia mesentérica superior e ileus paralítico. Conclusão: Neste caso, quer pela dificuldade no diagnóstico etiológico de SFI, quer pela raridade de apresentação neoplásica com SHF, consideramos essencial um elevado índice de suspeição que possibilite o início precoce do tratamento, melhorando o prognóstico reservado desta condição.

PO-08-10

SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO

Cláudia Pedrosa, Raquel Lopes Ramos, Irene Marques, Cristina Gonçalves, Pedro Vita, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA UNIDADE A

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma discrasia de plasmócitos que leva à acumulação de imunoglobulinas monoclonais (proteína M) e, raramente, a Síndrome de Hiperviscosidade (SH) com hemorragias espontâneas, insuficiência cardíaca (IC), síndrome confusional, alterações visuais e défices neurológicos. Caso clínico: Mulher de 79 anos, com risco cardiovascular elevado, cardiopatia hipertensiva com IC classe II NYHA e doença renal crónica, foi trazida à Urgência por agravamento de dor no hipocôndrio direito com 2 meses de evolução e da dispneia habitual associado a alteração do comportamento. Apresentava dores generalizadas nos últimos meses. Na admissão apresentava IC descompensada, anemia, trombocitopenia, anisocitose, macrocitose e empilhamento eritrocitário, no esfregaço de sangue periférico. Agravamento da função renal, sem hipercalcemia. Proteínas totais 10,41g/dL e albumina 2.3g/dL. Realizou mielograma que revelou 64% de plasmócitos. A eletroforese das proteínas mostrou proteína monoclonal de 6,2 g/dL e a imunofixação confirmou gamapatia monoclonal IgA/lambda. Asssumido MM IgA/lambda. Iniciou tratamento com dexametasona e epoetina e transfusão de glóbulos rubros. Verificada SH (viscosidade plasmática de 4,02 cps) com deterioração do estado de consciência, hematúria, IC descompensada e anisocoria. A TAC de crânio excluiu lesão de novo. Foi transferida para Unidade de Cuidados Intermédios. Fez uma sessão de plasmaferese. Após rediscussão da situação e do mau prognóstico foi decidido tratamento paliativo. Mantendo disfunção multi-orgânica, faleceu 6 dias após a admissão. Conclusão: A SH é uma apresentação rara do MM, sendo a plasmaferese o tratamento de eleição para a abordagem inicial e estabilização. Os clínicos devem estar alertas para as manifestações desta síndrome para que seja instituída terapêutica adequada.

PO-08-11

LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICAS - ETIOLOGIA RARA DE FEBRE E ADENOPATIA EM IDADE JOVEM

Ana Pereira, João Abreu, Márcia Ribeiro, Carla Costa, Carlos Oliveira
HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE - BARCELOS

INTRODUÇÃO: O linfoma de células T periféricas é um Linfoma Não-Hodgkin, pouco frequente e agressivo, prevalente em homens e idade superior a 60 anos. Os sinais e sintomas são variáveis, sendo habitual adenopatia indolor associada a sintomas B. CASO CLÍNICO: Mulher de 25 anos, com baixo índice de massa corporal desde a infância. Internada por febre e adenopatia cervical desde há 1,5 mês. Referia odinalgia, náuseas, vómitos, anorexia e perda ponderal de 3Kg. Apresentava-se emagrecida, com adenopatias cervicais, axilares e inguinais, e exantema generalizado. Analiticamente: 900 linfócitos, PCR 8,03mg/dl, V.S. 60mm e L.D.H. 730 U/L. TC torácico sem alterações para além de hepatoesplenomegalia e áreas nodulares esplénicas nos cortes abdominais – estas últimas não confirmadas em ecografia. Serologias VIH, VHB, VHC, Epstein-Barr, Borrelia, Rickettsia e Brucella negativas e Toxoplasmose IgM positivo, IgG negativo. Imunofenotipagem do sangue periférico e biópsia excisional de gânglio compatíveis com "gânglio reativo". Presumiu-se Toxoplasmose e iniciado tratamento dirigido, com recorrência de febre ao 9º dia e perda ponderal de mais 4kg. Analiticamente, Hb 9,7g/dl, linfócitos 300, plaquetas 112 000, L.D.H 1724mg/dl. Evolução com hipoxemia e angio-TC torácico com infiltrado pulmonar bilateral. Transferida para Cuidados Intensivos por disfunção multiorgânica. Biópsia óssea e nova exérese de gânglio compatíveis com Linfoma de células T periféricas. CONCLUSÃO: O Linfoma de células T periféricas é raro em idade jovem e de mau prognóstico. Realça-se que apesar de úteis ao diagnostico, os exames complementares não devem sobrepor-se aos sinais e sintomas. O diagnóstico de Toxoplasmose era

plausível, embora não fosse clara a causa de imunossupressão que justificasse a clínica exuberante e persistente. Assim, o diagnóstico sustentado com base nos resultados obtidos, quando a clínica persiste e parece discordante, deve ser questionado e motivar investigação por parte do internista.

PO-08-12

CASO CLÍNICO: ESCAPE CADEIAS LEVES - CAUSA DE AGUDIZAÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO

Inês Soares, Sergio Lascasas, Sheila Jamal, Marta Lisboa, M. Cunha*, F. Linhares
LINHARES SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CHTMAD – UNIDADE DE CHAVES * SERVIÇO DE HEMATOLOGIA - CHTMAD

Introdução A doença renal pode muitas vezes ser a manifestação inicial à data de diagnóstico de Mieloma Múltiplo. As duas principais causas de lesão renal em doentes com Mieloma Múltiplo são a nefropatia por cadeias leves e hipercalcemia. Caso Clínico Homem de 83 anos, caucasiano, antecedentes de Mieloma Múltiplo (diagnostico há 7 anos com realização de múltiplos ciclos de quimioterapia e com doença controlada com diminuição do pico monoclonal), HTA e Diabetes Mellitus com muito mau controlo metabólico. O doente foi orientado para internamento da consulta de Hematologia por agravamento progressivo da função renal. O doente não referia queixas mas foi objectivada febre na consulta. De referir que se encontrava a realizar ciclo prolongado de antibioterapia com amoxicilina/ac. clavulânico por abcesso dentário a Actinomyces. O doente foi internado no serviço de Medicina para investigação do agravamento da função renal. Realizou ecografia renal que revela rins de dimensões normais com espessura e diferenciação conservada, compatível com nefropatia médica. Apresentava discreta anemia, cálcio normal e PTH aumentada. Colheu cadeias leves no sangue e urina que revelaram resultado compatível com escape de cadeias leves. Fez 3 pulsos de dexametasona (20mg por 4 dias com intervalo de 4 dias de descanso) sem melhoria evidente da função renal. Iniciou insulina com controlo progressivo das glicemias capilares e foi observado por Cirurgia maxilo-facial não reunindo critérios para drenagem de abcesso dentário (iatrogénico a terapêutica prolongada com bifosfonatos). Após a alta foi reavaliado em consulta externa de Hematologia. Conclusão Os doentes com Mieloma múltiplo devem ser acompanhados de perto e o escape de cadeias leves deve ser uma possibilidade a considerar quando existe um agravamento da função renal, sem evidencia de aumento de pico monoclonal. Devem ser sempre excluídas outras causas possíveis de nefropatia, bem como toxicidade farmacológica.

PO-08-13

AGRANULOCITOSE: COMPLICAÇÃO RARA E PERIGOSA DOS ANTI-TIROIDEUS DE SÍNTESE

Teresa Alves Pereira, Cláudia Maria Pereira, Rita Costa, Irene Marques, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A agranulocitose é uma complicação rara da terapêutica com anti-tiroideus de síntese, ocorrendo em 0,1 a 0,5% dos casos. Os autores descrevem o caso de uma doente admitida por sépsis grave associada a agranulocitose secundária a tiamazol. Caso clínico: Mulher de 65 anos, com fibrilhação auricular paroxística medicada com amiodarona e polimialgia reumática sob prednisolona 15mg/dia. Em Set/2015, diagnóstico de hipertiroidismo, tendo sido suspensa amiodarona e instituído tiamazol. Em Nov/2015 iniciou quadro de dor gengival, odinofagia, náuseas e dejeções diarreicas, com picos febris diários (temperatura máxima de 38.5°C), tendo recorrido ao Serviço de Urgência. Apresentava apirexia, hipotensão com resposta a fluidos e lesões de candidíase orofaríngea. Contagem de 0,00 neutrófilos/mm3, anemia e trombocitopenia ligeiras, lesão renal aguda grave e elevação da proteína C reativa. Assumida sépsis grave com foco infecioso oculto, em contexto de agranulocitose. Instituída antibioterapia empírica de largo espectro, antifúngico e filgastrim e suspenso tiamazol. Evoluiu favoravelmente, com resolução da sintomatologia e das disfunções e recuperação dos neutrófilos em 6 dias, após 5 dias de filgastrim. Verificou-se subida gradual da T4 livre, com T3 livre normal. Aumentada a dose de prednisolona oral até 60mg/dia, após normalização do hemograma, sendo orientada para consulta de Endocrinologia. Na última consulta com função tiroideia normalizada, em esquema de redução da corticoterapia. Conclusão: A agranulocitose é uma complicação grave da terapêutica com anti-tiroideus de síntese. Ocorre mais frequentemente nos primeiros 3 meses de terapêutica e obriga à suspensão do fármaco. Os doentes com idade superior a 40 anos parecem ser mais suscetíveis. Apesar de reversível, é frequentemente acompanhada de infeções graves que são responsáveis pela maioria dos casos fatais. É importante que os clínicos alertem os doentes para os sintomas habituais: febre e odinofagia.

PO-08-14

AMILOIDOSE CARDÍACA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Alves Pereira, Cláudia Maria Pereira, Irene Marques, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A amiloidose primária (AL) resulta de uma proliferação monoclonal de plasmócitos, que origina a deposição extracelular de proteínas derivadas de fragmentos de cadeias leves de imunoglobulinas. Vários órgãos podem ser afetados; o envolvimento cardíaco agrava o prognóstico. Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos, internado para investigação de alterações radiológicas pulmonares caracterizadas por hipodensidades micronodulares bilaterais e derrame pleural direito, loculado, com dispneia para esforços moderados com cerca de 2 meses de evolução, crepitações basais à auscultação pulmonar e edema maleolar bilateral. Pró-BNP de 10503,0 pg/mL e troponina T de 0,072 ng/mL. As alterações radiológicas pulmonares regrediram parcialmente sem terapêutica dirigida, possivelmente devidas a insuficiência cardíaca. O ecocardiograma transtorácico levantou a suspeita de cardiopatia infiltrativa: hipertrofia de ambos os ventrículos e do septo (21mm). Identificada gamapatia monoclonal do tipo IgA/lambda (1,1 g/dL), sem eliminação renal da proteína monoclonal. Mielograma com 7,3% de plasmócitos. Citometria de medula óssea com população de plasmócitos com características anormais. Sem hipercalcemia ou insuficiência renal, radiografia do esqueleto sem lesões. A biópsia de glândulas salivares revelou presença de substância amiloide (positivo para cadeias leves lambda, APO1 e APO2). Desenvolveu fibrilhação auricular permanente e, apesar de ter iniciado terapêutica com bortezomib e dexametasona, evoluiu com agravamento progressivo da clínica de insuficiência cardíaca e episódios sincopais, acabando por sofrer morte súbita 3 meses após o diagnóstico. Conclusão: O coração é um dos órgãos mais frequentemente afetados pela amiloidose AL (50% dos casos). O envolvimento cardíaco é um fator de mau prognóstico, resultando em morte nos primeiros 6 meses após o início de clínica de insuficiência cardíaca, tal como aconteceu no caso descrito.

PO-08-15

UMA COMPLICAÇÃO "ESPERADA" DA TROMBOCITOSE ESSENCIAL

Luís Santos, Joana Alves, Lúcia Brandão, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A Trombocitose Essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa com trombocitose crónica não-reactiva que pode ter manifestações trombóticas, hemorrágicas ou sintomas vaso-motores. Caso clínico: Mulher de 79 anos, com TE, Hipertensão, Dislipidemia, Cardiopatia Isquémica, Doença Arterial Obstrutiva Periférica e Trombose Venosa Profunda (TVP) após fractura do fémur. Medicada com ácido acetilsalicílico. Recorreu à urgência por dispneia de agravamento progressivo com 1 semana de evolução. Apresentava-se apirética, hemodinamicamente bem, polipneica com esforços mínimos, saturação O2 89% em ar e com raras crepitações finas na base pulmonar direita à auscultação. Na gasometria em ar tinha pO2 62, pCO2 36. Electrocardiograma com ritmo sinusal. Analiticamente, leucocitose de 24.880, PCR de 2.53mg/dL, 973.000 plaquetas (valor prévio de 1.001.000 plaquetas), DHL 530 UI/L, marcadores de necrose miocárdica negativos. Radiografia de tórax era normal. O Angio-TAC pulmonar mostrou tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral exuberante com

envolvimento central, ectasia do tronco da artéria pulmonar e áreas sugestivas de enfarte pulmonar. Foi internada sob hipocoagulação, inicialmente com enoxaparina e posteriormente varfarina. O ecocardiograma transtorácico não mostrou sobrecarga do ventrículo direito. O ecodoppler dos membros inferiores excluiu TVP. Iniciou durante o internamento hidroxiureia 500mg bid. Observada evolução clínica favorável. Teve alta ao 10º dia, orientada para consulta de oncologia onde era previamente seguida. Discussão: Salienta-se deste caso o elevado risco trombótico de uma doente com mais de 60 anos, com antecedentes trombóticos, com múltiplos factores de risco cardiovascular, valores de plaquetas de cerca de 1 milhão, que não se encontrava a fazer a terapêutica citorredutora.

PO-08-16

DOENÇA DE GRAVES E ANEMIA PERNICIOSA – ASSOCIAÇÃO ESPERADA?

Karin Luz, Sara Castelo Branco, Catarina Cardoso, Teresa Garcia, Patricia Cachado
HOSPITAL DE SANTA MARTA, SERVIÇO MEDICINA 4

A doença de Graves é uma doença autoimune, em que o hipertiroidismo é a causa mais frequente sendo o sexo feminino o mais afectado.É habitual haver história familiar de patologia autoimune da tiróide e apresentam maior incidência de outras patologias endócrinas autoimunes,bem como autoimunes nao endócrinas.Os autores apresentam um caso de uma jovem de 21 anos,com antecedentes familiares de patologia endócrina e diagnóstico de hipertiroidismo por doença de Graves diagnosticada em 2010,medicada com propiciltiouracilo.Um mês após o diagnóstico,episódio de crise tireotóxica com convulsões e encefalopatia;Hipotiroidismo,após Iodo 131(em 2012).Foi internada para estudo de anemia,sem história de perdas hemáticas.Analiticamente com Hb de 5,0;VGM de 115, leucócitos 2200;linfocitose 50;plaquetas 49000;TSH 6,69;T4 1,15;Ac. anti tiroglobulina 3,38;Ac. anti-peroxidase1067,70;Ac. antireceptor TSH negativo.Do estudo complementar no internamento:Esfregaço de sangue periférico Anisopoiquilocitose Macrocitos e macroovalocitos,Eritrocitos em gota;Neutrófilos com núcleo hipersegmentado;LDH 5180,Vitamina B12< 125,ácido fólico 3,2,ferro 160,ferritina 71,4,transferrina 1,49,saturação da transferrina > 79,6,capacidade total de fixação do ferro <201 ,haptoglobina<0,07,reticulócitos 1,04 -7,49%, homocisteína 13,60.Anticorpos anti-células parietais e anticorpos anti-factor intrínseco positivos. Electroforese das proteínas sem alterações.Serologias (VDRL, HIV, HCV, HBV e parvovírus)negativas.No internamento foi submetida a transfusão de 4 unidades de concentrado eritrocitário, iniciou terapêutica com cianocobalamina intramuscular e ferro,com melhoria clínica e analítica.Manteve seguimento em ambulatório,apresentando 1 mês após a alta Hb 11,6,Leucócitos 4,000;Plaquetas 189000;LDH 167;sem outros sintomas.Realizou terapêutica mensal com cianocobalamina.Este caso é ilustrativo da associação entre Doença de Graves e patologia autoimune não endócrina e da importancia da rigorosa vigilância medica.

PO-08-17

SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO IDIOPÁTICO - UM CASO CLÍNICO COM ATINGIMENTO PULMONAR

Luís Teles, Fábia Patinha, Bernardo Macedo
CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O síndrome hipereosinofílico idiopático (SHI) carateriza-se por eosinofilia (mais de 1500 eosinófilos) persistente há mais de 6 meses, com atingimento multiorgânico (sobretudo o coração, o sistema nervoso central e periférico e pulmões), sem uma outra causa aparente. Descrevemos o caso de uma mulher de 49 anos, assintomática, seguida por anemia ferropénica, pós by-pass gástrico, com 2100/L eosinófilos em análises de rotina. Fez estudo parasitológico de fezes e serologias que foram negativos, contudo, iniciou tratamento com metronidazol, sem resposta. Suspendeu estatina, instituída de novo, e alterou o protetor gástrico, sem resposta. Do restante estudo para exclusão das principais causas de eosinofilia: sem défices vitamínicos; estudo imune negativo; IgE >1400 mg/dL - por Imunoalergologia sem evidência de doenças alérgicas; sem evidência de insuficiência supra-renal; estudo genético BCR/ABL e JAK 2 negativos; rearranjos FIP1L1 PDGFRα, PDGFRβ e FGFR1 ausentes; mielograma e biópsia óssea com sinais de medula reativa sem sinais de doença hematológica, com cariótipo normal; precipitinas para aspergilose negativas; broncofibroscopia normal; lavado broncoalveolar com alveolite; tomografia computorizada torácica com evidência de micronódulos e áreas em vidro despolido, com provas funcionais respiratórias normais. Assumido SHI com envolvimento pulmonar. Iniciou corticoterapia em baixa dose (prednisolona 20mg/dia) com resposta parcial e resolução das alterações pulmonares. Desmame progressivo até 5mg/dia ao final de 3 meses, com reaparecimento da eosinofilia. Após 10 meses aparecimento de dermatose pruriginosa localizada aos membros inferiores. Realizada biópsia com histológico compatível com dermatite factícia e cultural micológico e micobacteriológico negativos. O envolvimento pulmonar ocorre em 40-60% dos SHI. O atingimento multiorgânico do SHI não se correlaciona com o grau de eosinofilia periférica, motivo pelo qual estes doentes devem manter seguimento e vigilância.

PO-08-18

NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA CRÓNICA – UM DOENTE, TRÊS DIAGNÓSTICOS HEMATO-ONCOLÓGICOS

Juliana Ferreira da Silva, Emília Cortesão, Catarina Pereira, Ana Isabel Espadana, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA II; CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA CLÍNICA

As neoplasias mieloproliferativas crónicas são doenças clonais da célula pluripotencial hematopoiética, com proliferação aumentada da série mielóide - leucemia mielóide crónica (LMC), policitémia vera, mielofibrose, trombocitémia essencial, mastocitose, leucemia neutrofílica crónica, leucemia eosinofílica cónica e neoplasia mieloproliferativa inclassificável. Pode ocorrer ainda sobreposição de características mieloproliferativas/mielodisplásicas – leucemia mielomonocítica crónica, LMC atípica, neoplasia mieloproliferativa/mielodisplásica inclassificável. Caso Clínico: Homem de 72 anos, com Mieloma Múltiplo (MM) IgG K com plasmocitomas múltiplos da coluna vertebral, diagnosticado em Novembro/2011; submetido a quimioterapia (QT) e radioterapia com muito boa resposta parcial. Em Março de 2014 foi diagnosticada Leucemia Mielóide Aguda (LMA), submetida a QT com remissão completa. Em Dezembro de 2015 apresentava astenia de agravamento progressivo e omalgia esquerda persistente, que demonstrou lesão expansiva lítica da região supraclavicular esquerda em tomografia computorizada (biopsada). Analiticamente: leucocitose 75G/L; neutrofilia 54G/L; discreta monocitose 4.5 G/L; 7% de blastos; Hb 5.8 g/dL; trombocitopenia 6G/L. Creatinina 2.31 mg/dL; Cálcio 9.2 mg/dL; LDH 732 U/L. Imunoglobulina G 16.4 g/L; cadeias Kappa 16.98 g/L. Urina 24h: cadeias leves kappa monoclonais >1g/24h. Biópsia óssea de lesão lítica - plasmocitoma. Medulograma e biópsia óssea medular compatíveis com LMC; BCR-ABL1 negativo. O estudo efectuado permitiu o diagnóstico de LMC atípica e recidiva de mieloma múltiplo com plasmocitoma. A ocorrência de uma segunda neoplasia secundária a tratamento de quimio/radioterapia pode ocorrer em qualquer doente oncológico. Este caso sobressai pela coexistência de três entidades hemato-oncológicas, duas delas concomitantes (recidiva de MM e diagnóstico de novo de LMC atípica).

PO-08-19

POLICITEMIA VERA - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Catarina Frias, Bernardo Ferreira, José Jácome, Valentina Kryvonos, Graça Martins, Conceição Loureiro, José Malhado
HOSPITAL CURRY CABRAL

A Policitemia Vera pertence ao grupo de doenças com cromossoma Philadelphia negativo, mieloproliferativas com mutação JAK2 V617F e/ou exon 12 JAK2. Na Europa a sua incidência é 0,4-2,8 por 100000 habitantes/ano. Há maior afecção do sexo masculino e a idade média é de 60 anos. A sobrevida é de 14 anos e clinicamente pode apresentar-se com prurido, fadiga, sudorese noturna, dores ósseas, fenómenos trombóticos e hemorragia. Atualmente as opções

terapêuticas são paliativas e têm por objectivo reduzir o risco de trombose e melhorar a sintomatologia. Consistem em aspirina em dose baixa, flebotomias e hidroxiureia, contudo verifica-se ainda elevado risco de progressão para mielofibrose e leucemia mieloide aguda. Apresenta-se uma revisão retrospectiva dos casos de Policitemia Vera internados num Serviço de Medicina de 2012-2015, num total de 8 casos. A incidência, a distribuição demográfica, a apresentação clínica, a resposta à terapêutica e a evolução demonstraram-se coincidentes com a literatura. Contudo chama-se a atenção para esta entidade pela presença frequente de complicações trombóticas que lhe são inerentes e do foro da Medicina Interna.

PO-08-20

TVP EM MULHER COM ALTERAÇÃO DOS FACTORES DE COAGULAÇÃO

Daniel Botelho, Rui Malheiro, Judite Henriques, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA IA DO HOSPITAL DE EGAS MONIZ CHLO

INTRODUÇÃO: Alterações nos fatores de coagulação aumentam a probabilidade de ocorrência de trombose venosa profunda (TVP). A proteína S é uma proteína anticoagulante dependente da vitamina K, sua deficiência é rara na população saudável (1 em cada 700 indivíduos) e 60-80% dos heterozigotos para tal, têm pelo menos um episódio de TVP na vida. A proteína C ativada é um importante fator na lise do trombo, interagindo com o fator V. A resistência do fator V à proteína C ativada prejudica o efeito anticoagulante desta e pode indicar a presença do fator V de Leiden, mutação genética do fator V que o torna menos suscetível à inativação, causando um estado pró-trombótico e é a causa mais comum de trombofilias herdadas em caucasianos. CASO CLINICO: Mulher, 43 anos, caucasiana, assintomática, enviada à consulta por ter sido diagnosticada mutação de factor V de Leiden à irmã. Após ter feito colheita de sangue para análises, (desconhecendo ainda o resultado laboratorial) foi submetida a cirurgia a hérnia da coluna lombar. Dias depois, notou aparecimento de edema e dor do membro inferior que não valorizou. Por aumento progressivo recorreu ao médico que após eco doppler confirmou TVP do membro inferior direito, tendo iniciado terapêutica cerca de 3 semanas após o início das queixas. O estudo revelou redução da proteína S (34.8%) e uma razão de resistência à proteína C ativada de 1.0 a sugerir presença de fator V de Leiden. CONCLUSÃO: Este caso salienta a importância do rastreio da doença trombótica nos familiares próximos de doentes, ainda que assintomáticos. O desconhecimento deste estado pró-coagulante levou a uma morosidade do diagnóstico e colocou a doente em risco de um prognóstico desfavorável. Foi explicado à doente o significado clínico do estado pró coagulante o que não bastou para valorizar as queixas. Os médicos que venham a estar envolvidos no seguimento destes doentes têm de ser informados. Os factores de risco de tromboembolismo devem ter uma maior valorização.

PO-08-21

UM CASO DE DISCRASIA HEMORRÁGICA

Francisco Rebocho, David Fiel, Leonardo Rodriguez, Joana Sant´Anna, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA

Introdução: As doenças linfoproliferativas abrangem um grande número de entidades nosológicas dentro de si, diversas na sua epidemiologia, incidência, agressividade e prognóstico. Este caso clínico visa relatar uma dessas entidades que, pela sua raridade, achamos de especial interesse em divulgar. Caso clínico: Mulher, 36 anos, recorre ao SU em Novembro de 2015 por tonturas, gengivorragia, epistáxis e metrorragia com 1 dia de evolução. É observada inicialmente pela ginecologia que refere "colo formado com hemorragia activa. Útero móvel e indolor"; à ecografia endovaginal não apresentava espessamento endometrial. Após avaliação laboratorial inical (Hb 8.1 g/dL; Leuc 18.000 (Neut 22%, Linf 61%, Mono 7%, Eo 4%, Baso 0%, Plaq 50.000) é pedida observação à Medicina. Doente sem antecedentes relevantes, à observação apresentava mucosas descoradas e secas, e gengivorragias. A ecografia abdominal identifica "fígado com dimensões aumentadas e heterogeneidade intraparenquimatosa com múltiplas formações micronodulares milimétricas (...) distribuídas por ambos os lobos. (...) esplenomegália homogénea (...) pequeno derram peri-uterino na vertente posterior". ECG em ritmo sinusal, bloqueio incompleto de ramo direito, gasimetria arterial sem alterações significativas, telerradiografia de tórax com reforço parahilar bilateral. Entretanto o médico assitente é contactado pelo laboratório de patologia clínica que comunica: esfregaço compatível com quadro de Leucemia Aguda tipo M3. É contactado o serviço de hematologia de referência e decide-se transferência urgente da doente. Mais tarde é confirmado o diagnóstico de Leucemia Plasmocítica Aguda. A doente faleceu no decurso do internamento. Conclusão: A Leucemia Plasmocítica Aguda pode surgir de novo ou como evolução de um mieloma múltiplo. É uma entidade rara (contabilizando cerca de 0.6% dos casos de mieloma) e agressiva, de forma que aquando do diagnóstico a sobrevida é medida em meses.

PO-08-22

LINFOMA DE CÉLULAS T ANGIOIMUNO-BLÁSTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Santos, Dilorom Alimova
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA IV

INTRODUÇÃO: O linfoma de células T angioimunoblástico (LTAI) é um subtipo raro de Linfoma não Hodgkin. Trata-se de um linfoma extremamente agressivo, com uma sobrevida média de 3 anos desde a altura do diagnóstico. CASO CLÍNICO: Doente do género masculino, 42 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro clínico com três semanas de evolução de febre, sudurese nocturna e nódulo indolor na região inguinal esquerda. Referia ainda aumento progressivo do perímetro abdominal desde há 3 meses. No decorrer do processo diagnóstico (que incluiu análises de sangue e urina, ecografia abdominal, tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica, mielograma e biópsia de gânglio linfático) concluiu-se pelo diagnóstico de LTAI. O doente foi encaminhado a consulta de Hematologia, tendo iniciado quimioterapia e radioterapia. Por fraca resposta à terapêutica inicial, foi submetido a quimioterapia em alta dose seguida de transplante autólogo de células estaminais. Dois anos depois deste esquema terapêutico, encontra-se assintomático e sem recidiva da doença. CONCLUSÃO: Apesar do LTAI geralmente ter mau prognóstico, os autores descrevem o caso de um doente com LTAI tratado com sucesso.

PO-08-23

SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE PLASMÁ-TICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Santos, Dilorom Alimova
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA IV

INTRODUÇÃO: As propriedades reológicas do sangue dependem dos seus constituintes, nomeadamente elementos figurados, lípidos e proteínas. Quando ocorrem alterações em algum desses componentes, a viscosidade do sangue pode alterar-se. Se houver um aumento importante da viscosidade a ponto de causar diminuição do fluxo sanguíneo, pode surgir a chamada síndrome de hiperviscosidade. O síndrome de hiperviscosidade plasmática por aumento da concentração das imunoglobulinas (Ig) séricas ocorre muitas vezes nos distúrbios de plasmócitos, como Mieloma Múltiplo ou Macroglobulinemia de Waldenström. É mais frequente em situações em que a concentração sérica de IgM está aumentada. CASO CLÍNICO: Doente do género masculino, 72 anos, com antecedentes de Mieloma Múltiplo IgM estadio III, que recorreu ao serviço de urgência por hematemeses e melenas. Queixava-se ainda de cefaleia holocraniana. No exame objectivo, para além de uma palidez mucocutânea acentuada, constatou-se edema papilar na fundoscopia. No decorrer do processo diagnóstico (que incluiu análises de sangue, tomografia computorizada cranio-encefálica e endoscopia digestiva alta) concluiu-se pela existência de candidíase esofágica e síndrome de hiperviscosidade plasmática. Foi instituída terapêutica com antifúngico sistémico, corticosteróides e fluidoterapia com melhoria da sintomatologia do doente, tendo tido alta hospitalar 20 dias depois. Infelizmente, oito meses depois deste episódio acabou por falecer. CONCLUSÃO: Os autores pretendem demonstrar com este caso clínico uma complicação pouco frequente do Mieloma Múltiplo.

PO-08-24

DREPANOCITOSE: DA OSTEONECROSE À OSTEOMIELITE

Rita Prayce, Tiago Mendonça, Thayanna Capitanio, Luis Dias, Júlio Almeida
HOSPITAL S. JOSÉ - CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: A anemia falciforme (AF) caracteriza-se pela herança homozigótica da hemoglobina S (HbS). Em determinadas condições (ex.: hipóxia ou frio), os eritrócitos HbSS falciformizam e ocluem a microcirculação, sendo a anemia hemolítica e os episódios vaso-oclusivos dolorosos transversais a esta população. As principais complicações são a crise dolorosa e a osteomielite, particularmente da cabeça do fémur. APRESENTAÇÃO DO CASO: Mulher de 42 anos HbSS com história de crises dolorosas e 3 abortos espontâneos de repetição. Alergia a morfina e tramadol. Internada por queixas álgicas da coxa direita com 24 horas de evolução. Admitiu-se crise vaso-oclusiva despoletada pelo frio. Iniciou petidina com pouco controlo de dor substituída por fentanil transdérmico e transmucoso com obtenção de analgesia total e sem reacção alérgica. Realizou ressonância magnética com forte hipersinal na metáfise e grande trocânter, sugestiva de osteomielite com abcesso intramedular. Perante a dissociação clínico-radiológica, realizou biópsia óssea sem saída de material purulento e com exames culturais negativos. Admitiu-se osteonecrose e teve alta com dor controlada já sem opióides. CONCLUSÃO: O controlo da dor obriga habitualmente ao uso de opióides limitado pelo conhecimento de reacções alérgicas. Utilizou-se o fentanil transdérmico e transmucoso com excelente resposta. O diagnóstico diferencial entre osteonecrose e osteomielite é difícil, procurando-se o segundo quando não se obtém um satisfatório controlo da dor ou quando há sinais de infecção. A clínica deverá sempre imperar e, em caso de dúvida após realização de exames de imagem, a realização de biópsia e exames culturais poderão prevenir internamentos prolongados e uso indevido de antibióticos.

PO-08-25

ENVOLVIMENTO PULMONAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MACROGLOBULINÉMIA DE WALDENSTRÖM

Adelaide Figueiredo, Ana Filipa Matos, Ana Palricas, Sofia Mendes, Juan Puentes, Joana Cabeleira, Luís Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA IV

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do género feminino, 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hipotiroidismo que recorreu ao seu médico assistente para avaliação pré-operatória de cirurgia ocular. Nos exames complementares de diagnóstico solicitados salientou-se a presença de: anemia normocítica normocrómica, velocidade de sedimentação elevada e hipergamaglobulinémia com pico monoclonal IgM, Kappa. A telerradiografia do tórax revelou uma hipotransparência no lobo superior esquerdo que a TC torácica mostrou corresponder a massa infiltrativa do lobo superior com extensão à pleura e mediastino. O exame histopatológico do produto da biópsia transtorácica revelou envolvimento pulmonar por linfoma não-Hodgkin de células B, com forte imunomarcação para cadeias Kappa. Referenciada posteriormente à consulta de Hematologia, completou a investigação diagnóstica e iniciou esquema de quimioterapia tendo sido observada uma excelente resposta clínica e imagiológica. A macroglobulinémia de Waldenström é uma gamapatia monoclonal, caracterizada por níveis elevados de IgM, hiperviscosidade sérica e infiltrado linfoplasmocitário na medula óssea. Frequentemente, apresenta envolvimento medular, esplénico e linfático. O envolvimento pulmonar é uma situação rara (3 a 5%), particularmente como forma de apresentação, sendo diagnosticado em geral na sequência do aparecimento ocasional de uma hipotransparência observada em telerradiografia de tórax, associada ou não, às manifestações analíticas características da doença. Relembrar o seu conhecimento, através da apresentação do caso clínico descrito, justifica-se pela escassez dos casos referenciados na literatura.

PO-08-26

MACROCITOSE EM DOENTE JOVEM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Freire, João Seabra Barreira, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Os autores apresentam o caso de um doente de 40 anos de idade, natural da Roménia, autónomo, alfaiate, fumador (15 unidades maço-ano) com antecedentes pessoais de refluxo gastro-esofágico (RGE) e ansiedade. Internado por quadro com cerca de 2 meses de evolução caracterizado por mal-estar geral, anorexia, perda ponderal (cerca de 6 kg), epigastralgia tipo queimadura, enfartamento pós-prandial, náuseas, vómitos alimentares pós-prandiais ocasionais e impotência sexual. Negava pirose, disfagia, hematemeses, alterações do trânsito intestinal ou das características das fezes, icterícia, colúria ou prurido. Ao exame objectivo apresentava palidez da pele e mucosas. A avaliação analítica revelou anemia macrocítica (hemoglobina [Hb] 9.9 g/dL, volume globular médio [VGM] 117 fL); ionograma, função renal, transaminases e função tiroideia sem alterações. A ecografia abdominal não tinha alterações relevantes. A endoscopia digestiva alta relatou RGE e hérnia do hiato. A tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica não revelou alterações significativas. O esfregaço de sangue periférico demonstrou anisocitose, poiquilocitose, macrovalocitos, esquizócitos. Da avaliação analítica complementar destacava-se anti-VIH 1/2 negativo; ausência de alterações do metabolismo do ferro, haptoglobina ou dos folatos séricos; défice de cianocobalamina (155 pg/mL); anticorpo anti-célula parietal positivo; anticorpo Anti-factor intrínseco negativo, anticorpos anti-transglutaminase e anti-gliadina negativos. O mielograma e biopsia óssea revelaram aspectos compatíveis com Anemia megaloblástica. Iniciou terapêutica com cianocobalamina injectável, ácido fólico, inibidor da bomba de protões e domperidona. Teve alta referenciado às Consultas de Medicina Interna e de Hematologia. À reavaliação em consulta cerca de 2 semanas depois da alta apresentava melhoria clínica e laboratorial (Hb 12.4 g/dL, VGM 109.2 fL e cianocobalamina 637 pg/mL).

PO-08-27

POLIGLOBULIA IATROGÉNICA NO IDOSO

Ana Luísa Matos, Cláudia Macedo, Benilde Barbosa, Pereira de Moura, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Introdução: Estima-se que a disfunção eréctil atinja 13% dos homens. Apesar de ainda constituir um assunto tabu, a procura de tratamento tem sido crescente. Nas situações de hipogonadismo associado ao envelhecimento, a administração de testosterona exógena é um tratamento viável, mas não isento de riscos. A frequência com que a eritrocitose ocorre durante o tratamento varia de acordo com a formulação, podendo chegar aos 44% na via injetável. Está também descrito o aumento do risco de tromboembolismo venoso, proporcional ao valor do hematócrito, e o agravamento do risco associado a doença coronária, arterial periférica e cerebrovascular, secundárias à eritrocitose, mas a periodicidade da monitorização e o tratamento não estão estandardizados. Caso clinico: Homem de 66 anos, reformado, hipertenso e obeso, ex-fumador de 20 unidades maço-ano, com hábitos cessados há >20 anos. Medicado com irbesartan 300mg, amlodipina 10mg e bisoprolol 10mg. Com seguimento em Consulta de Andrologia por dificuldade em manter ereção, apesar de libido mantida. Sem resposta à terapêutica com tadalafil e sildenafil. Por identificação de baixos níveis séricos de testosterona (2,9ng/mL) iniciou toma quinzenal de enantiato de testosterona 250mg por via intramuscular. Apresentou elevação de novo do hematócrito (61%, anterior 49%), assintomática. Sem história de exposição recente a monóxido de carbono, viagem para zonas de altitude elevada, ou outra causa. Sem hematúria microscópica. Eritropoietina sérica em valores normais (13.9mUI/mL (4.3-29)). Pela relação temporal com o início da terapêutica (8 meses), foi assumida eritrocitose secundária à toma de testosterona, que foi suspensa. Por manter valores de hematócrito elevados, foi orientado para sessões de flebotomia terapêutica. Considerações finais: O tabu associado a

disfunção eréctil pode impedir que o doente afirme o tratamento, pelo que esta hipótese deverá ser considerada no diagnóstico diferencial de poliglobulia.

PO-08-28

A FACE OCULTA DA FOME

Ana Luísa Matos, Cláudia Macedo, Benilde Barbosa, Pereira de Moura, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Numa era em que as preocupações com as questões alimentares e a suplementação nutricional têm ocupado um lugar de destaque, são muitos os que não conseguem garantir uma alimentação adequada. O espetro de doenças associadas às deficiências nutricionais e a sua gravidade são variáveis, sendo fundamental a sua identificação precoce. Caso clinico: Homem de 48 anos, com queixas de cansaço que impedia a realização das atividades diárias na última semana, anorexia e perda ponderal de 9% do peso corporal total, no último mês. Ex-heroinómano em reabilitação, com patologia psiquiátrica, e em situação de insuficiência económica, referia ingestão dietética pobre (à base de sopa e refeições pré-cozinhadas) desde há 2 anos. Exame objetivo: pálido, sem queilite angular ou organomegalias. Exame neurológico normal. Analiticamente: Hemoglobina (Hb) 4.3g/dL, volume globular médio (VGM) 127.7fL, leucócitos 3.5G/L, Plaquetas 111G/L. Lactato desidrogenase (LDH) 3710 U/L, Bilirrubina total 1.6mg/dL. Ácido fólico (1.6ng/mL) e vitamina B12 (196pg/mL). Megaloblastose no sangue periférico. Avaliação gástrica por endoscopia normal. Anticorpos anti células parietais gástricas e anti-fator intrínseco negativos. Iniciou tratamento transfusional de suporte, ácido fólico e cianocobalamina com rápida melhoria dos índices eritrocitários (VGM 99fL) e normalização dos valores de LDH e bilirrubina. Mantém seguimento em Consulta de Medicina. Este caso ilustra a importância do défice vitamínico puro na anemia megaloblástica que, classicamente associado ao vegetarianismo, também ocorre noutras situações, de que é exemplo a pobreza extrema. Neste caso a patologia psiquiátrica subjacente pode ter contribuído para o seu agravamento.

PO-08-29

QUANDO A PÚRPURA NO IDOSO NÃO É SENIL

Ana Luísa Matos, Cláudia Macedo, Jorge Mendes, Benilde Barbosa, Pereira de Moura, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

A trombocitopenia (TPN) é um achado laboratorial comum com expressão variável. Muitas vezes, é a única manifestação clínica de uma doença grave, pelo que deve ser corretamente valorizada e alvo de investigação etiológica exaustiva. Caso clínico: Homem de 85 anos com TPN moderada (93 G/L) desde 2014. Demência vascular, fibrilhação auricular e diabetes medicada com gliclazida, sem outra medicação. Coagulação, ureia, bilirrubina total, desidrogenase lática, ácido fólico e vitamina B12 normais. Aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) elevadas, com ratio AST/ALT <2. Gama glutamil-transferase (GGT) 2.5 vezes o limite superior do normal (LSN). VIH negativo. Ecografia abdominal (EA) sem alterações morfológicas do fígado ou baço. Orientado para Consulta de Doença Hepática, que abandonou. Internado por pneumonia dois anos depois, com lesões petequiais no tronco e extremidades distais dos membros inferiores, sem gengivorragia ou hemorragias com outra origem. Sem organomegálias palpáveis. TPN severa (50G/L) confirmada em hemograma com citrato (32G/L). Esfregaço de sangue periférico sem esquizócitos, agregados ou plaquetas gigantes. Foram pedidas serologias para vírus hepatotropos, que vieram positivas para Hepatite C (HCV). Durante o internamento recusa alimentar e lesão renal aguda pré-renal que motivou colocação de SNG, com hemorragia com necessidade de hemoderivados, apesar de procedimento não traumático e contagem plaquetar >20G/L. O progressivo agravamento do estado geral do doente determinou o óbito ao 10º dia de internamento. Conclusões: A TPN é uma complicação da doença hepática crónica que ocorre em até 76% dos doentes com HCV podendo ser a sua única manifestação. Quando associada a HCV a predisposição para hemorragia major é maior que noutras causas de TPN. Este caso ilustra a importância de não se excluir do diagnóstico diferencial as causas menos comuns de TPN no idoso.

PO-08-30

UMA PNEUMONIA COM MONOCITOSE QUE LEVA A UM DIAGNÓSTICO INTERESSANTE

Maria Teresa Boncoraglio, Ana Ogando, Carlos Oliveira
HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR- BARCELOS. SERVIÇO MEDICINA INTERNA

A Leucemia mielomonocítica crónica(LMMC) é uma das mais agressivas leucemias crónicas caracterizada por monocitose periférica e displasia da medula óssea. Apresenta-se um caso clínico de um homem de 79 anos,hipertenso, diabético,com insuficiência cardíaca, anemia crónica, hábitos etílicos. Recorreu ao Serviço de Urgência por vómitos e náuseas. Referia tosse com expectoração purulenta e astenia. Apresentava-se desidratado e descorado. Apirético. À auscultação crepitações na base pulmonar esquerda. Analiticamente: leucocitose (28700 U/L) com neutrofilia e monocitose(6800 U/L); Proteina C Reactiva de 3.54 mg/dl; Hemoglobina 12.4 g/dL. Radiografia de tórax com condensação na base pulmonar esquerda. O doente foi internado com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade.Foi iniciada antibioterapia empírica com Amoxicilina/Clavulanato. Apresentou agravamento clínico com aumento da leucocitose, derrame pleural bilateral e isolamento em Urocultura de S. Marcescens. Foi realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora que mostrou líquido pleural com características de exsudado com LDH de 5181; 10% polimorfonucleares; 80% mononucleares, sem bacilos ácido-álcool resistentes. Realizou TAC torácico que evidenciou derrame pleural bilateral e derrame pericárdico com tamponamento cardíaco, tendo sido realizada pericardiocentese. A citologia do líquido pleural e pericárdico mostrou células mesoteliais e numerosas células com núcleo oval ou polilobado com frequentes figuras de mitose, sugestivos de processo mieloproliferativo e leucemia da linha mielomonocítica. O estudo fenotípico da medúla óssea (MO) revelou aumento de blastos da linha dos neutrófilos. Os esfregaços da MO mostraram hiperplasia celular e displasia sobretudo da série mielóide. Estudo genético em curso. Suspeita diagnostica de LMMC. CONCLUSÕES:O derrame pericárdico, pleural e a ascite podem ser uma manifestação da LMMC quando a monocitose é muito elevada, sendo neste caso a apresentação da doença.

PO-08-31

ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA

Tânia Vassalo, Frederica Faria, Inês Ricardo, André Mansinho, Inês Colaço, Daniela Maça, Diogo Cruz, J.L. Ducla Soares
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA I, SECTOR D, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITLAR DE LISBOA NORTE

A Síndrome Hemolítica Urémica (SHU) caracteriza-se pela tríade de lesão renal aguda, anemia hemolítica microangiopática e trombocitopénia. A etiologia mais frequente é a infecciosa (Escherichia coli O157:H). Nos adultos é rara e secundária a terapêutica oncológica ou como síndrome paraneoplásico. Apresenta-se um caso de um homem de 75 anos, com antecedentes de adenocarcinoma (ADC) da próstata, sob radioterapia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Medicado com acetato de ciproterona, bicatulamida e acetato de goserelina. Recorre ao serviço de urgência por um quadro de anúria com 24h de evolução, após episódio isolado hematúria macroscópica e mialgias generalizadas. Laboratorialmente: agravamento dos parâmetros de retenção azotada (creatinina 3,2mg/dL, ureia 82 mg/dL), trombocitopénia (93.000/L), hipofibrogenémia (61 mg/dL), hiperbilirrubinémia (6,7 mg/dL), LDH 6439 U/L, proteína C reactiva 8,2mg/dL e acidose metabólica compensada, com hiperlacticidémia de 24mg/dL. Assumiu-se o diagnóstico de SHU - anemia hemolítica microangiopática, com coagulopatia de consumo e lesão renal aguda anúrica não obstrutiva, em contexto paraneoplásico e de urosséPsis. Durante o internamento efectuou-se suporte transfusional com UCE e PFC e hemodiálise, sem melhoria. Na sequência iniciou-se protocolo de plasmaférese, realizado por um período de 10 dias. Objectivou-se melhoria do trombocitograma (154.000/L) e boa progressão dos parâmetros de função renal (creatinina 2,52 mg/dL), com recuperação da diurese. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, com

cinética descendente dos parâmetros inflamatórios. Manteve seguimento regular em consulta de Oncologia Médica – identificada progressão bioquímica assintomática de ADC da próstata (estádio IV por metastização óssea). Os autores pretendem enfatizar a importância da identificação precoce desta entidade clínica que, embora rara no adulto, carece de uma abordagem terapêutica precoce e multidisciplinar.

PO-08-32

UMA ASSOCIAÇÃO IMPROVÁVEL?

Inês Goulart, Manuel Ferreira Gomes, Tiago Guerreiro, Elisabete Bento Guerreiro, Magda Terenas, Maria Isabel Vila Lobos, José Luís Ducla Soares
SERVIÇO DE MEDICINA I, SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE, LISBOA, PORTUGAL

Apesar de existir alguma evidência de que as doenças autoimunes possam estar associadas a elevado risco de doenças hematológicas, os mecanismos patogénicos não estão totalmente estabelecidos, desconhecendo-se se são os causadores ou manifestações precoces. A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de médios e grandes vasos, de etiologia desconhecida, mais frequente em adultos com idade superior a 50 anos e com envolvimento predominante das artérias com origem no arco aórtico. A leucemia mielomonocítica crónica (LMMC), doença com maior prevalência também nas idades avançadas, apresenta características de síndrome mielodisplásico e mieloproliferativo, caracterizando-se por monocitose persistente (>1000/mcL). Os autores apresentam o caso de um homem de 71 anos, com antecedentes de ACG com 6 anos de evolução, doença cerebrovascular com AVC prévio com sequelas de hemiparésia direita e epilepsia. Internado inicialmente por infecção urinária a E.coli multissensível, verificou-se após término de antibioterapia dirigida, persistência de leucocitose (21220/mcL), monocitose (5600/mcL) e procalcitonina negativa. Equacionou-se a realização de mielograma e biópsia óssea que que evidenciaram mielodisplasia e 10% de mieloblastos, compatível com o diagnóstico de LMMC. Realizou TC corpo que mostrou vasculite dos grandes vasos toracoabdominopélvicos e, dadas as comorbilidades do doente, iniciou-se terapêutica citorredutora com hidroxiureia. Óbito 3 meses depois em contexto de progressão da doença e intercorrência infecciosa. O caso retrata uma associação rara e ainda não totalmente esclarecida entre uma doença autoimune sistémica e doença hematológica, havendo a suspeição de que o aparecimento de doenças autoimunes (neste caso a vasculite) possa ser uma manifestação precoce de neoplasias mielodisplásicas / mieloproliferativas.

PO-08-33

ANEMIA NO IDOSO – ALÉM DA MIELODISPLASIA!

Juliana Ferreira da Silva, Emília Cortesão, Raquel Guilherme, Catarina Pereira, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA II; CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITARIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA CLÍNICA

A síndrome mielodisplásica (SMD) é um grupo heterógeneo de doenças da célula hematopoiética pluripotencial caracterizada por displasia e hematopoiese ineficaz, com consequentes citopenias. No entanto, a presença de citopenias, sobretudo a anemia, pode ser multifactorial, sendo esse reconhecimento fundamental no tratamento e prognóstico do nosso doente. Caso clínico: Homem, 75 anos. Antecedentes pessoais: sequelas de Doença de Hansen, lombalgia crónica e tabagismo (60 UMA). Medicação habitual: toma excessiva de anti-inflamatórios não esteroides. Recorre ao SU por quadro de astenia com algumas semanas de evolução. Analiticamente: Hemoglobina 4.4 g/dL; VGM 76.6 fl; Leucócitos 2.1 G/L; Plaquetas 187 G/L. Estudo pós-transfusional: ferritina 49 ng/mL; ácido fólico>24 ng/mL; vitamina B12 903 pg/mL; Eritropoietina 202 mUI/ml. Imunologia: Gamapatia biclonal IgG Kappa e lambda. Estudo medular: displasia da série eritróide e mielóide, 7% de plasmócitos. Urina 24h sem alterações. Radiografia do esqueleto sem lesões. Endoscopia digestiva alta: três úlceras do antro, sem estigmas de hemorragia. Colonoscopia: excisão de pólipo hiperplásico. Doente com síndrome mielodisplásico e gamapatia monoclonal sem critérios de mieloma múltiplo – medicado com eritropoietina e sob suporte transfusional. Persistência de anemia grave e necessidade de suporte transfusional frequente – causa oculta de anemia? Solicitada pesquisa de hemorragia digestiva com eritrócitos marcados com Tc99m que revelou presença de hemorragia digestiva de baixo débito e intermitente. Trata-se assim de doente com SMD e gamapatia monoclonal, com sideropénia em contexto de hemorragia digestiva baixa. A anemia pode resultar da produção inadequada de eritrócitos, aumento da sua destruição, perda de sangue ou da combinação destes fatores. A falência de resposta à terapêutica deverá ser um fator de alerta para reconsiderar hipóteses diagnósticas, redefinir estratégias de investigação e orientar terapêutica.

PO-08-34

UM CASO DE LINFOMA

Catarina Valadão, Francisca Abecasis, Anilda Barros, José Nuno Raposo
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA II

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher com 37 anos de idade, leucodérmica, sem antecedentes pessoais conhecidos e sem medicação em ambulatório, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico com 7 meses de evolução caracterizado por anorexia não selectiva, perda ponderal 5kg, adenopatias supraclaviculares, prurido e sensação febril. Na semana anterior ao internamento quadro de dispneia e cansaço para médios esforços. Ao exame objectivo a destacar prurigo nodular generalizado poupando a palma das mãos e a planta dos pés, com lesões de coceira, adenopatias supra claviculares, cervicais, axilares e inguinais, móveis e indolores, à auscultação pulmonar, murmúrio abolido nos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo. Durante o internamento efectuada toracocentese com saída de líquido pleural que apresentava características de exsudado, exame bacteriológio e micobacteriológico negativos. Biópsia pleural com exame bacteriológico e micobacteriológico negativos e citologia negativa para malignidade. Da avaliação analítica efectuada anemia normocítica, normocrómica. Estudo da auto imunidade negativo. Mantoux negativo. Tomografia axial computorizada torácica, abdominal e pélvica que revelou sinais de extenso envolvimento adenopático mediastínico, adenopatias nas regiões supraclaviculares e cervicais inferiores. Derrame pleural à esquerda e pequeno derrame à direita. Moderado derrame pericárdico. Aglomerado adenopático infradiafragmático. Realizada biópsia excisional de gânglio axilar com exame histológico compatível com Linfoma de Hodgkin Clássico, variante esclerose nodular.

PO-08-35

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DE DOENÇA HEMATOLÓGICA

Catarina Valadão, Francisca Abecasis, Anilda Barros, José Nuno Raposo
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA II

Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 28 anos, com antecedentes pessoais de obesidade mórbida e hábitos tabágicos activos. Medicado em ambulatório com nimesulide em SOS, até seis por mês. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro, com um dia de evolução, oscilante, caracterizado por hemiparésia esquerda e afasia, assintomatologia e hemiparésia direita. No exame objectivo a destacar osciliação da força muscular em ambos os membros, afasia e petéquias no membro inferior esquerdo. Realizou tomografia axial computorizada (TAC) e Ressonância Magnética craneo encefálica que não demonstraram alterações. A avaliação analítica inicial demonstrou anemia com Hb 9,2g/dl, trombocitopénia 15 000 e bilirrubina total 3,5g/dl. Para melhor caracterização da anemia: LDH 2268 mg/dl, haptoglobina < 10, coombs directo/indirecto negativos e esfregaço de sangue periférico com muitos eritrócitos fragmentados (esquisocitos). Colocou-se hipótese diagnóstica de Púrpura trombocitopénica trombótica. Houve progressiva deterioração do estado de consciência com períodos de agitação psicomotora com necessidade de sedação e ventilação mecânica. Iniciou sessão de plasmaferese e terapêutica com prednisolona 1mg/kg. Fez sete unidades de concentrado plaquetário e dois concentrados eritrocitários. Foi transferido para o Serviço de Medicina ao quarto dia de internamento, onde realizou mais três sessões de plasmaferese. Como intercorrência infecção associada ao cateter, a Stapylococcus aureus meticilino sensível, para a qual fez flucloxacilina 15 dias. Restante estudo analítico

efectuado a destacar serologia HIV 1/2 negativa, anticorpos anti cardiolipina IgG/IgM, anticorpos anti nucleares e anti dsDNA negativos. beta 2 mivcroglobulina negativa. Função tiroideia sem alterações. Realizou ainda TAC torácica, abdominal e pélvica e endoscopia digestiva alta sem alterações. À data da alta assintomático, sem alterações analíticas e medicado com prednisolona 80mg/dia.

PO-08-36

DOENÇA DE VON WILLEBRAND SECUNDÁRIA A MIELOMA MÚLTIPLO

Luís Melo, Joana Caetano, Susana Oliveira
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

A doença de von Willebrand é o distúrbio de coagulação hereditário mais frequente. No entanto as formas adquiridas são raras, ocorrendo sobretudo em doentes com doenças linfoproliferativas e discrasias plasmocitárias. Nestas doenças ocorre um mecanismo de destruição dos grandes multímetros de factor de von Willebrand (fvW), quer por auto-anticorpos quer por absorção pelas células tumorais através de receptores glicoproteicos membranares. A forma de manifestação mais frequente são hemorragias da mucosa oral que surgem em idade avançada. Apresentamos o caso de uma doente de 74 anos, internada por hemorragia gengival de difícil controlo após extração de peças dentárias, com necessidade de administração de plasma fresco congelado para controlo hemostático. Apresentava um tempo parcial de tromboplastina ativado de 41,7 segundos, com tempo de protrombina normal. A doente referia epistaxis de repetição desde há 4 anos, com necessidade de cauterização em 2 episódios, e 1 episódio prévio de hemorragia digestiva baixa, no qual foram documentadas angiectasias do cólon. O estudo da coagulação revelou um doseamento de fvW-cofactor ristocetina, antigénio fvW e factor VIII diminuídos. O estudo etiológico revelou a presença de um mieloma múltiplo indolente de cadeias leves kappa, com 15% de plasmócitos medulares. Foram realizados testes de mistura que revelaram a presença de um auto-anticorpo inibidor circulante. O teste de resposta à desmopressina foi negativo. Este caso demonstra uma apresentação frequente de uma doença rara. Apesar de se tratar de um mieloma indolente a presença de um distúrbio da coagulação associado é um factor a favor de início de terapêutica para a discrasia plasmocitária. A ausência de resposta à desmopressina é expectável na presença de um inibidor circulante e coloca maior dificuldade a futuras intervenções cirúrgicas.

PO-08-37

EMBOLIA PULMONAR MACIÇA EM DOENTE JOVEM COM DÉFICE DE ANTITROMBINA III

Laura Xavier Pereira, Tiago Osório Petrucci, Francisca Godinho Oliveira, Ana Bento Rodrigues, Cátia Albino, Carlos Machado e Costa
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1B

INTRODUÇÂO O défice de antitrombina III (AT) pode ser hereditário ou adquirido. Pode estar associado a um risco tromboembólico aumentado, que se manifesta clinicamente quando se associam outros factores de risco. OBJECTIVOS/MÉTODOS Doente de 20 anos, raça negra, obesa, saudável, medicada com anticoncetivo oral, vem ao serviço de urgência por palpitações e desconforto torácico agravado pela inspiração. Episódio gripal 2 semanas antes. Estava eupneica, hemodinamicamente estável, com frequência cardíaca de 100 bpm. Troponina I=0,55 ng/ml e PCR =2,7 mg/dl, sem leucocitose. ECG com inversão das ondas T em DIII e V1. Ecocardiograma e radiografia do tórax sem alterações. Internada com a hipótese diagnóstica de miocardite vírica. Em D3 iniciou quadro súbito de agitação psicomotora, com progressão em poucos minutos para bradicardia e bradipneia, com ECG compatível com ritmo de escape ventricular. Foi entubada e ventilada, com evolução do quadro para assistolia. Iniciadas manobras de suporte avançado de vida com colocação de pacing cardíaco externo. O ecocardiograma confirmou assistolia e dilatação marcada das cavidades cardíacas direitas. As medidas de suporte avançado de vida foram suspensas ao fim de 30 minutos. Admitiu-se tromboembolismo pulmonar maciço, confirmado por autópsia. Da avaliação analítica, com resultados conhecidos post-morten, destaca-se um défice AT (58%) e um aumento dos D-dímeros para 15,1 µg/ml. RESULTADOS/CONCLUSÕES Os doentes com défice hereditário de AT têm risco aumentado de tromboembolismo venoso. Pretende-se enfatizar o desfecho fatal de uma doente internada com um quadro inicial benigno mas que tinha fatores de risco para fenómenos tromboembólicos (obesidade e contraceção oral). No entanto, estes, por si só, não justificam a embolia pulmonar maciça numa doente jovem. O défice de AT, diagnosticado post-morten, teve um papel importante na evolução final fulminante.

PO-08-38

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO

Ana Raquel Ramos, Hugo Cravo, Marta Achando, Paulo Marçal, Paula Castelões
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES, CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA E ESPINHO, EPE

Introdução: A síndrome hemofagocítica (SHF) é uma entidade bem definida; em adultos ocorre em fases diferentes, incluindo infeções, doenças autoimunes, neoplasias. A infeção, muitas vezes, é o fator desencadeante. O Mieloma Múltiplo (MM) caracteriza-se pela proliferação neoplásica de um clone de plasmócitos, heterogénea e progride rapidamente apesar do tratamento e outros não necessitam de tratamento por vários anos. Caso clínico: Homem, 59anos, com história de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, doença coronária, doença arterial periférica, úlcera gástrica e hábitos tabágicos e etílicos moderados. Medicado com pantoprazol, nebivolol, ramipril, ácido acetilsalicílico, atorvastatina e metformina. Admitido em unidade de cuidados intensivos por quadro de choque sético (CS) com ponto de partida pneumonia, com disfunção (df(x)) renal e respiratória. Choque sustentado, com persistência de febre e quadro de hemorragia ativa; acompanhado de df(x) multiorgânica. Do estudo: anemia normocítica/normocrómica, reticulócitos 0,19%, índice de produção 0% e ferritina de 8363ng/mL; esfregaço de sangue com muitos neutrófilos hipossegmentados em banda e alguns plasmócitos. Estudo imunológico: aumento da imunoglobulina (Ig) G e diminuição da IgA e IgM; electroforese das proteínas com gamapatia monoclonal; ANAs e ANCAs normais; cadeia leve kappa aumentada, cadeia leve lambda diminuída e relação kappa/lambda aumentada. Electroimunofixação da urina com gamapatia monoclonal de tipo IgG, com proteinúria 24horas de 1304,10 mg/dL. Serologias; virologia e marcadores víricos negativos. Ecografia abdominal presença hepatomegalia. Realizou mielograma com evidência de quadro sugestivo de SHF. Posteriormente, quadro de neutropenia febril, repetiu aspirado medular: hipocelular; 9% plasmócitos, compatível com MM IgG/kappa; fez quimioterapia, com boa evolução clínica. Conclusão: Estamos perante um caso de CS como fator desencadeante do SHF, num doente com diagnóstico de novo de MM.

PO-08-39

UM CASO DE POLICITEMIA VERA NA CONSULTA EXTERNA

Jandir Patrocínio, Rodrigo Moraes, Filipe Carvalho, Marta Vaz, Lúcia Proença, Marinela Major, Fernanda Louro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

A policitemia vera (PV) é uma doença mieloproliferativa adquirida caracterizada por um aumento absoluto da massa de glóbulos vermelhos causada pela produção descontrolada de glóbulos vermelhos, estando também frequentemente associada à produção descontrolada de glóbulos brancos e de plaquetas. A incidência anual está estimada em cerca de 1/36,000 - 1/100 000 e a prevalência em 1/3, 300. A PV ocorre em todas as idades, mas é mais comum em pessoas com 50-70 anos de idade. Os autores relatam o caso de uma mulher negra de 81 anos de idade, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e Dislipidemia. Internamento recente em Cirurgia por gangrena húmida com amputação do 5º dedo do pé direito. Referenciado à Consulta de Medicina Interna pelo Médico de família por poliglobulia (Hb de 16g/dL com eritrocitose (7,26x1012/L) e Hematócrito de 52,1%. Trombocitose (Plaquetas 134.8000/uL). Negava cefaleia, angor, claudicação intermitente, alterações visuais, vertigens ou zumbidos e perdas hemáticas. O exame físico era irrelevante. Analiticamente com eritropoietina de 2,8U/L. TC-Toraco-abdomino-pélvico sem hepatomegália ou esplenomegália e sem outras alterações, a biópsia osteo-medular mostrou hiperplasia da série megacariocítica com ausência de fibrose da reticulina,

aspectos compatíveis com síndrome Mieloproliferativo crónica (trombocitemia essencial Vs Policitemia Vera). O Mielograma revelou aumento da série eritróide e megacariócitos, aspectos compatíveis com Policitemia Vera. Realizado o estudo citogenético que mostrou positiva a Mutação JAK2 V617F. Iniciou tratamento com Hidroxiureia 500mg 2x dia. O prognóstico é pior nos pacientes com PV que surge antes dos 50 anos de idade. A sobrevivência média dos doentes tratados apenas com flebotomias é de 13 anos, enquanto que a dos doentes tratados com clorambucil é bastante inferior (8 anos), devido à alta taxa de desenvolvimento de leucemias agudas.

PO-08-40

DAPTOMICINA - UM EFEITO SECUNDÁRIO RARO

Inês Pintassilgo, Gonçalo Nunes, Tiago Judas, Vanda Spencer
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A daptomicina é um lipopéptido bactericida utilizado nas infecções por bactérias Gram-positivas multirresistentes como o Staphylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA) e o Enteroccocus spp, em alternativa à vancomicina. É um fármaco geralmente bem tolerado, sendo os seus principais efeitos secundários os gastro-intestinais (vómitos, diarreia) e hematológicos (anemia) seguidos de insónia, retenção hídrica, rabdomiólise e hepatotoxicidade. Está descrito na literatura um único caso de neutropénia isolada secundária à toma prolongada de daptomicina. Apresentamos o caso de uma doente de 73 anos admitida por um quadro de politrauma complicado de pneumonia a MRSA com bacteriémia, tendo sido medicada com vancomicina, com níveis terapêuticos, mas mantendo bacteriémias persistentes após 25 dias de tratamento. Após exclusão de foco infeccioso alternativo optou-se pela substituição da antibioterapia por daptomicina 6 mg/kg por via endovenosa, com hemoculturas de controlo estéreis. A partir do 18º dia de tratamento verificou-se a instalação de neutropénia grave com um valor mínimo de 0.09x10^9/L, sem outras alterações analíticas, sem evidência de outra complicação infecciosa, sem introdução de outros fármacos e sem evidência de outro nexo causal. Foi descontinuada a administração de daptomicina e iniciada terapêutica com filgastrim, com rápida normalização da contagem de neutrófilos. O caso apresentado parece tratar-se do segundo caso descrito de neutropénia isolada secundária à toma prolongada de daptomicina. Sendo um efeito secundário grave e potencialmente fatal é fulcral o conhecimento da sua existência e urgente a sua caracterização.

PO-08-41

DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA COM SUBTIPO HISTOLÓGICO HIALINO-VASCULAR

Isabel Eira, Sandra Correia, Catarina Nunes, Cristina Ângela
HOSPITAL DE BRAGA

A doença de Castleman (DC) é uma patologia linfoproliferativa rara caracterizada por hiperplasia dos gânglios linfáticos, com manifestações que variam entre doença localizada (unicêntrica) e disseminada (multicêntrica). O interesse por esta condição aumentou pela sua associação com o vírus da imunodeficiência humana (VIH); nestes, o envolvimento do herpes vírus humano 8 (HHV-8) é quase universal. Histologicamente é classificada como hialino-vascular, plasmocitária ou mista; 90% dos casos de DC unicêntrica apresentam histologia hialino-vascular; a DC multicêntrica associa-se maioritariamente ao subtipo plasmocitário. Apresentamos o caso de um doente de 42 anos com infeção VIH conhecida há 10 anos, com má adesão à terapêutica antirretroviral (TARV). Admitido por quadro de astenia, anorexia e perda ponderal com cerca de 1 mês de evolução, acrescido de febre, diaforese, dor abdominal, vómitos e diarreia nas últimas 2 semanas. Apresentava adenopatias generalizadas com 1 a 2,5 centímetros e hepatoesplenomegalia. Analiticamente com pancitopenia, lesão renal aguda, gamapatia policlonal e elevação dos parâmetros inflamatórios. Linfócitos T CD4+ totais de 5,01/uL e carga viral VIH de 208.025 cópias/mL. Pesquisa de micobactérias em amostras sanguínea e de expetoração negativa. Realizou biópsia excisional de gânglio linfático, cuja histologia foi compatível com DC variante hialino-vascular. Pesquisa de HHV-8 no gânglio negativa. De acordo com este diagnóstico, cumpriu 4 ciclos de Rituximab. Foi medicado com Valganciclovir e retomou TARV. Apresentou melhoria clínica progressiva e mantém seguimento em consulta. Nesta apresentação documenta-se um caso raro de DC multicêntrica com a variante histológica hialino-vascular, o que ocorre em apenas cerca de 10% dos casos. Também desafiante foi o facto de a pesquisa de HHV-8 ser negativa; este resultado foi interpretado como um falso negativo, optando-se pelo regime terapêutico usado nos casos de DC multicêntrica com HHV-8 positivo.

PO-08-42

A IMPORTÂNCIA DA CARACTERIZAÇÃO DE DOR ÓSSEA.

Patrícia Vicente, Tiago Tomás, Carolina Gouveia, Ana João Pissarra, Alice Reichert, José Filipe Guia, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL - SERVIÇO DE MEDICINA, UNIDADE FUNCIONAL 4

INTRODUÇÃO: Em cerca de 70% dos casos, o mieloma múltiplo (mm) manifesta-se por dor óssea, sendo a coluna lombar a localização mais frequente. Outras manifestações incluem hipercalcémia e lesão renal aguda. CASO CLÍNICO: Homem, 78 anos, hipertenso, história de osteoartroses, com toma frequente de anti-inflamatórios (AINEs), e doença renal crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por omalgias e lombalgia, sem trauma associado, sem alívio em decúbito, com 1 mês de evolução e agravamento na última semana, associadas a náuseas e aumento de analgesia. Sem outros sintomas sistémicos, ou de orgão. Exame objetivo: dor à palpação das vértebras D4-D7 e à mobilização passiva. Analiticamente destacava-se: hemoglobina 9.4g/dl, creatinina 4.26mg/dl, ureia 122mg/dl, potássio 5.72 mmol/L, cálcio 12.3 mg/dl, fósforo 5.7 mg/dl, lactato desidrogenase láctica 448 U/L, proteinúria. Ecografia renal com alterações sugestivas de nefropatia médica. Internado por doença renal crónica agudizada por provável nefrotoxicidade. Evoluiu com agravamento progressivo da função renal e alterações iónicas sustentadas, apesar de diurese mantida e sem critérios de diálise. Estudo complementar: VS 92mm/h, ácido úrico 9.9mg/dl, hipogamaglobulinémia, relação cadeias leves livres kappa/ lambda elevada, proteína bence jones positiva, radiografia de esqueleto com lesões líticas a nível da coluna, úmeros, fémures e ilíacos – alterações sugestivas de mm. Realizou biópsia de medula óssea que confirmou mm. CONCLUSÃO : Os autores apontam para a importância de valorizar alterações das características das dores osteoarticulares (motivo frequente de acesso ao SU), e ao aumento de toma de analgésicos associado, como sinais de alerta para avaliação clínica, analítica e imagiológica. Assinalam, também, a importância do estudo etiológico de lesão renal aguda, que por vezes não é linear, sendo uma das manifestações silenciosas frequentes do mm.

PO-08-43

VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA ASSOCIADA A DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA- CASO CLÍNICO

Mónica Pedro, Ana Carolina Andrade, Martinho Fernandes, Fátima Campante
HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

A etiologia da vasculite leucocitoclástica cutânea (VLC) inclui: idiopática (até 72%), infeciosa (23%), medicamentosa (20%), doenças inflamatórias (12%) e neoplásica (4%), neste último caso frequentemente associado a doença linfoproliferativa. Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 79 anos, admitido no Serviço de Urgência, por quadro com início nos 3 meses precedentes, de lesões purpúricas localizadas nos membros superiores, inferiores e tronco, com prurido associado, de aparecimento por surtos e períodos de remissão espontânea ou sob corticoterapia oral. Relatava também, desde há 1 mês, anorexia, perda ponderal e astenia. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono, sob ventiloterapia no domicílio. Biópsia cutânea solicitada por médico assistente 2 meses antes, compatível com VLC. Exame objetivo destacando-se, lesões purpúricas nos membros e tronco, linfoadenopatias generalizadas e esplenomegalia. Da avaliação complementar destacava-se dos dados analíticos: anemia normocítica, linfocitose, trombocitopenia e retenção azotada. A tomografia computorizada toraco-abdomino-pelvica realçava múltiplas formações adenopáticas; esplenomegália homogénea e espessamento parietal gástrico. A endoscopia digestiva alta mostrava pregas gástricas espessadas, não distensíveis e com

erosões, levantando a hipótese de gastropatia hipertrófica. O diagnóstico foi realizado por biopsia do corpo gástrico e de gânglios axilares: envolvimento por linfoma não-Hodgkin B de células do manto. Medulograma esternal com infiltrado linfóide atípico correspondendo a 64% da celularidade total. O doente foi referenciado a consulta de Hemato-Oncologia com o diagnóstico de Linfoma B de células do manto em estadio IV de avaliação de Ann Arbor. A apresentação infrequente de vasculite leucocitoclástica associada a doença linfoproliferativa, bem como as imagens de que se dispõe, motivaram a exposição do caso.

PO-08-44

SÍNDROME DE POEMS – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Jorge Manuel De Castro, Maria João Lobão, Lúcia Taborda, Amanda Fernandes, José Paxiuta, Sofia Ribeiro, Cristiana Sequeira
HOSPITAL DE CASCAIS – DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ESPECIALIDADES MÉDICAS

O Síndrome (Sd) de POEMS é uma entidade rara de origem paraneoplásica associada a uma gamapatia monoclonal. Caracterizada pela presença de polineuropatia periférica, organomegalia, endocrinopatia, gamapatia monoclonal e alterações cutâneas, além de outras alterações sistémicas, representa um verdadeiro desafio diagnóstico para o internista. Apresenta-se o caso de um homem de 50 anos, melanodérmico, com antecedentes de cardiopatia isquémica e tabagismo, que recorre ao Serviço de Urgência por parestesias progressivas dos membros inferiores (MI), diminuição da força muscular e da líbido, e edemas dos dedos das mãos, com meses de evolução. No exame objectivo à admissão apresentava lesões hiperpigmentadas no tórax e face plantar dos pés, gânglios cervicais e inguinais palpáveis e força muscular 4/5 nos MI. O estudo tomográfico computorizado realizado destacou a presença de adenopatias cervicais e supraclaviculares, lesão lítica costal com halo esclerótico, nódulo pulmonar (8mm) e derrame pleural direito. Dado que a broncofibroscopia e biópsia pulmonar realizadas se revelaram inconclusivas, optou-se por biopsar a lesão da costela cujo resultado anatomopatológico caracterizou como plasmocitoma. Levantada a suspeita diagnóstica de Sd POEMS, efectuou estudo laboratorial que confirmou gamapatia monoclonal IgG κ. O mielograma e biópsia óssea efectuados nesse contexto foram compatíveis com o diagnóstico de mieloma múltiplo. A tomografia de emissão de positrões realizada documentou uma presença de segunda lesão, lombar, lítica. O estudo electromiográfico permitiu confirmar a presença de polineuropatia desmielinizante sensitivo-motora, confirmando a suspeita diagnóstica inicial de Sd POEMS. Teve alta referenciado à consulta de Hemato-oncologia. O Sd de POEMS apesar de raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial das discrasias de plasmócitos, sendo chave as manifestações multisistémicas, nomeadamente a documentação de polineuropatia, critério major para o seu diagnóstico

PO-08-45

CRIOGLOBULINEMIA E UMA CAUSA POUCO COMUM

Sara Castelo Branco, João Rosinhas, Daniela Rodrigues, Eduardo Eiras, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO MEDICINA INTERNA

A crioglobulimenia é uma vasculite sistémica com atingimento dos vasos de pequeno e médio calibre e está associada a um enorme leque de manifestações clínicas de acordo com o território vascular afectado. Na sua etiologia está invariavelmente documentada a associação com infecção pelo vírus da hepatite C. No entanto, muitas outras patologias têm sido descritas em associação à criglobulinemia, entre elas, as doenças autoimunes e neoplásicas. Neste último grupo, as doenças linfoproliferativas com origem em células B são as mais frequentes. Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos com factores de risco cardiovasculares e cardiopatia isquémica. Enviado à consulta de Medicina Interna por anemia e trombocitopenia. Do estudo realizado documentada ferropenia, sem evidência de foco hemorrágico gastrointestinal, tendo sido iniciada terapêutica com ferro oral. Durante o estudo deste quadro o doente desenvolveu lesões cutâneas do tipo vasculite nos dedos das mãos e dos pés, região malar e pavilhões auriculares com ulcerações nas pontas dos dedos. Realizado doseamento sérico de crioglobulinemias que documentou a presença imunoglobulinas policlonais, compatível com crioglobulinemia tipo II. Foram excluídas causas infeciosas. Paralelamente, o estudo da medula óssea mostrou aspectos compatíveis com doença medular primitiva, muito sugestiva de doença mieloproliferativa com componente de mielofibrose e monocitose. Do estudo complementar, mutação Bcr/Abl negativa e mutação JAK2 positiva. O doente iniciou Prednisolona e Hidroxiureia com normalização dos leucócitos. No entanto manteve anemia e trombocitopenia graves, acabando por falecer por intercorrência hemorrágica. O caso clínico apresentado, detalhadamente ilustrado, tornou-se peculiar na medida em que permitiu documentar uma associação rara entre crioglobulinemia e neoplasias hematológicas da linhagem mieloide, alertando para as várias causas não infecciosas na investigação desta patologia.

PO-08-46

TROMBOCITOPENIA RELACIONADA COM CONSUMO DE INFUSÕES E CHÁS

Filipa Aguiar, Vânia Gomes, Rosa carvalho, Céu Rodrigues, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A trombocitopenia de etiologia iatrogénica é frequente e são muitos os fármacos com esta associação bem estabelecida. A associação com ervas, infusões, chás, suplementos nutricionais e outras práticas de medicina alternativa/tradicional também aparece descrita. Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos, com história de epistaxis espontânea e equimoses fáceis com 2 meses de evolução, referenciado à consulta de Medicina Interna para estudo de Trombocitopenia que se constatou estar presente desde há pelo menos 1 ano. Apresentava 18000 Plaquetas em estudo analítico de rotina, sem outras citopenias, sem antecedentes de trombocitopenia pessoais ou familiares. O doente encontrava-se hipocoagulado por ter Fibrilação Auricular permanente. Faziam parte dos hábitos alimentares do doente a ingestão de 40g álcool/dia e de várias infusões de chá como chá de Hipericão-do-Gerês (Hypericum androsaemum) e de freixo, entre outros. Foi suspensa a ingestão de chás ou infusões. O doente realizou estudo imagiológico e analítico alargado qua não revelou alterações de relevo. Foi programada biópsia óssea, que não se realizou pelo doente apresentar valores de 206000 plaquetas na data prevista. O consumo de chás, infusões e práticas de medicina alternativa são práticas comuns e muitas vezes consideradas inócuas. O Hipericão-do-Geres é uma erva de crescimento espontaneo na zona do Gêres e o seu consumo é popular na região. Os efeitos laterais descritos na literatura são essencialmente gastrointestinais. Conhece-se a sua interaccao com vários fármacos. Neste caso clinico o consumo de varias infusões de ervanária, não nos permitiu obter uma relação causal especifica, mas a normalização do valor das plaquetas cerca de 30 dias após a sua suspensão, permitiu-nos estabelecer uma relação causal com as ditas infusões. Este Case Report pretende alertar para o possível efeito tóxico de vários produtos de ervanária, a ser considerado no diagnóstico diferencial da trombocitopenia.

PO-08-47

NÓDULOS PULMONARES: APRESENTAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN

Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Duarte Silva, António Ferreira, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
SERVIÇO DE MEDICINA 1, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO.

Introdução: O linfoma (L) da zona marginal é um L não Hodgkin (LNH) de baixo grau de células B. Um dos 3 sub-tipos é o L MALT que corresponde a 7 a 8% dos L não Hodgkin. Caso Clínico: Mulher, 71 anos. Doença de refluxo gastro-esofágico, osteoporose e síndrome depressivo. Seguida desde 2010 em consulta (C) de Pneumologia por nódulos pulmonares. Estudada com TC Tórax: nódulo no lobo superior direito, com 6.5 cm, e micro-nódulos na base pulmonar direita. Broncofibroscopia sem alterações e várias biópsias aspirativas transtorácicas, negativas para malignidade. Enviada a C de Medicina Interna em 2011 por anemia microcítica e esplenomegália, já presente há vários anos. Apresenta linfocitose e trombocitopenias ligeiras, velocidade de sedimentação e cinética de

ferro normais. Estudo do tubo digestivo sem alterações. TC toraco-abdomino-pélvico revela, além dos nódulos pulmonares, adenopatias torácicas pericentimétricas e esplenomegália de 20 cm. Entretanto astenia, anorexia e emagrecimento de 10 Kg em 3 meses. Várias baciloscopias negativas. Tomografia por emissão de positrões (PET) mostrou captação nos pulmões bilateralmente, no baço e na medula óssea. A imunofenotipagem de sangue periférico e de medula óssea sugeriam L MALT. Na biopsia medular referido L da zona marginal/L MALT. Fez esplenectomia constatando-se resolução completa das lesões pulmonares e das alterações hematológicas. Conclusão: O L MALT é um L indolente com atingimento preferencial do estômago, contudo pode envolver vários órgãos, nomeadamente o pulmão. O atingimento pode ser primário ou secundário por disseminação hematogénica, linfática ou contígua. Nesta doente, apesar dos nódulos pulmonares terem sido o motivo da investigação, provavelmente foram secundários ao atingimento esplénico. A resolução com a esplenectomia comprova a sua etiologia comum. Salienta-se o papel da medicina interna ao conjugar todas as alterações manifestadas nesta doente, permitindo um diagnóstico menos frequente.

PO-08-48

MICROCITOSE DE NOVO

Diana Oliveira, Patrícia Dias, José Carda, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

As causas mais comuns de microcitose são a anemia por deficiência de ferro e a talassémia. Apresentamos o caso de um homem de 68 anos que apresenta desde 2012 microcitose persistente, sem anemia, com hemoglobina de 14.6 g/dL, volume globular médio de 77.3 fL e hemoglobina corpuscular média de 26.3 pg, sem citopenias. O doente não apresentava queixas nomeadamente sintomas B. O esfregaço de sangue periférico mostrava anisocitose com micrócitos e raros acantócitos. Apresentava aumento da LDH (403-> 899 U/L) e ácido úrico (8.5-> 10.8 mg/dL) com padrão ascendente. O medulograma (2013) não revelava alterações significativas. Os doseamentos de ferro (53 µg/dL), ferritina (315 ng/mL), saturação da transferrina (19%), velocidade de sedimentação (5 mm/h), zinco (1.52 ng/L), cobre (1.18 ng/L), reticulócitos (2.9%), recetores de transferrina (2.04 mg/mL), ácido fólico (13.4ng/mL) e vitamina B12 (909 pg/mL) não justificavam as alterações. A ecografia abdominal de 2013 não tinha alterações, mas em 2015 apresentava hepatomegalia compatível com infiltração esteatósica e esplenomegalia homogénea (17.1cm). A função tiroideia, proteinograma eletroforético e imunofixação do sangue periférico eram normais. O Teste de Coombs direto foi negativo. A pesquisa da mutação JAK 2 V617F foi positiva. O doseamento de eritropoietina era baixo (2 mUI/mL). O estudo das hemoglobinopatias também não mostrou alterações. Realizou biópsia óssea (2014) que foi compatível com neoplasia mieloproliferativa crónica tendo, em conjugação com alterações analíticas sido admitido o diagnóstico de mielofibrose primária (MF). O doente mantém vigilância regular, sem alterações de novo e sem sintomas. A microcitose isolada como primeira manifestação de MF é incomum e julga-se estar provavelmente relacionada com alterações na homeostasia do ferro. Esta manifestação associa-se a aumento do risco de progressão para leucemia mielóide aguda.

PO-08-49

SÍNDROME DIAMOND-BLACKFAN – DIAGNÓSTICO NO ADULTO

Ana Teresa Goes, Ana Silva Fernandes, Ana Sofia Sobral, Paula Pestana, Henrique Rita, José Sousa e Costa
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Síndrome Diamond-Blackfan (SDB) é uma forma congénita, muito rara de aplasia eritróide pura (AEP) que é habitualmente detetada no primeiro ano de vida. Um terço dos doentes com SDB apresentam atraso do desenvolvimento. Existem já evidências de várias mutações em proteínas ribossómicas responsáveis pela SDB. Os autores (AA) apresentam o caso de um doente de 29 anos, com antecedentes de anemia hipoproliferativa secundária a infeção aguda por parvovírus B19 aos 24 anos, sem atraso do desenvolvimento nem história familiar de anemia, que se apresenta no Serviço de Urgência com um quadro caracterizado por cansaço para esforços mínimos. À observação é objetivada palidez mucocutânea e o hemograma revela anemia normocítica normocrómica, com hemoglobina de 4.3 g/dL, sem alterações das restantes linhagens. Internamento por anemia de etiologia a esclarecer, com necessidade de suporte transfusional recorrente. Do estudo efetuado destaca-se reticulocitopenia, presença de proeritroblastos gigantes e hipoplasia medular no medulograma. A pesquisa de ácido desoxirribonucleico de parvovírus B19 foi negativa. Assumindo-se AEP foi iniciada corticoterapia sistémica, sendo que à data de alta persistia anemia. No follow-up destaca-se recrudescência da anemia com necessidade frequente de suporte transfusional, quelação do ferro e a positividade de mutação do gene RPS19. É assumida então SDB, refratária à corticoterapia, encontrando-se o doente atualmente em lista de espera para transplante de medula óssea. Os AA discutem uma entidade rara e seu diagnóstico numa faixa etária tardia. As opções terapêuticas disponíveis visam apenas tratamento de suporte sendo que apenas o transplante de medula óssea constitui tratamento curativo, mas controverso. O prognóstico é considerado desconhecido, visto ser uma patologia muito rara. A SDB constitui uma entidade muito rara. O diagnóstico no adulto, apesar de incomum, começa a ser relatado com a descoberta de novas mutações associadas a esta patologia.

PO-08-50

DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN-A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Nariel Ferreira,Marta Gôja , Hélia Mateus, Amalia Pereira, Renato Saraiva
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ-SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A Doença de Rosai-Dorfman ou Histiocitose Sinusal é uma entidade clínica idiopática, rara e benigna, caracterizada pela superprodução e acúmulo de histiócitos dentro seios nódulos linfáticos e muitos outros sítios extra-nodais. Usualmente acomete pacientes jovens. É uma doença autolimitada e, na maioria dos casos, não há necessidade de tratamento. Material e método: Os autores descrevem um caso clínico de homem de 49 anos com antecedentes de HTA e Obesidade, que é admitido no serviço de Medicina de forma electiva para estudo adenopatias intra-abdominais localizadas junto ao troco celíaco visualizadas em tomografia axial computorizada abdominal com o maior com 22,4mm de diâmetro axial, realizada na sequência de estudo de dor abdominal/desconforto abdominal com 3 semanas de evolução sem outras queixas associadas,nomeadamente febre, perda ponderal, vómitos e alteração de transito intestinal. Do exame objectivo apresentava bom estado geral, auscultação pulmonar e cardíaca normais, sem adenopatias palpáveis cervicais, axilares e inguinais , sem alterações a inspecção, percussão e palpação abdominal. Do estudo realizado destaca-se imunofenotipagem leucocitária de sangue periférico não sugestiva de síndrome linfoproliferativa, serologia para HIV, Toxoplasmose e VDRL foram negativos e Mantoux negativo. Tomografia torácica ausência de adenopatias hilares e mediastínicas e endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações.Realizou biópsia por via laparoscópica cujo o resultado histológico revelou gânglio linfático com aspectos de histiocitose sinusal. Objectivo: Pretende-se com a apresentação do caso clínico, chamar atenção para o estudo criterioso tendo em conta as várias etiologias das adenopatias, os autores consideram importante fazer o diagnóstico diferencial que inclui várias neoplasias malignas como o linfoma, doença de Hodgkin, histiocitose maligna e leucemia que apresentam características histopatológicas semelhantes.

PO-08-51

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE E CITOME-GALOVÍRUS

Johana Martins Jesus, Joana Costa Simões, Tiago Pacheco, Estefânia Turpin, Maria Helena Amorim, António Godinho
HOSPITAL DE S. JOSÉ - MEDICINA 1.4

INTRODUÇÃO: A anemia hemolítica autoimune (AHAI) consiste na destruição periférica precoce dos eritrócitos mediada por autoanticorpos. CASO CLÍNICO: Mulher, 72 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão com quadro de anorexia e astenia com um mês de evolução. À observação na Urgência destacavam-se mucosas descoradas e escleróticas subictéricas. Analiticamente com anemia (7g/dL) macrocítica (110fL), reticulocitose (29%),

hiperbilirrubinemia não conjugada (2/2,8 mg/dL), elevação da LDH (500), haptoglobina indoseável, teste de Coombs (IG1 e IgA) e anticorpos anti-eritócitos positivos. Efetuou uma unidade de concentrado eritrocitário sem intercorrências e iniciou corticoterapia. Realizou Tomografia Computadorizada abdominopélvica sem alterações face a exames anteriores; endoscopia digestiva alta com esofagite a Candida, tendo sido tratada com fluconazol. Da avaliação laboratorial salienta-se: eletroforese das proteínas sem alterações; anticorpos anti-nucleares e serologias dos Vírus da Imunodeficiência Humana, Epstein-Barr, Hepatite B e C negativas. Serologia inicial para Citomegalovírus (CMV) dúbia sendo repetida ao 1º mês constatando-se seroconvesão (IgG 720->1609 e IgM 0,74->2,12) comprovada por carga vírica positiva (50cópias/mL). Em equipa multidisciplinar optou-se por manter corticoterapia e vigilância, tendo em conta boa resposta clínico-laboratorial, baixa carga vírica e ausência de quadro compatível com infeção a CMV. Assumiu-se como diagnósticos finais AHAI idiopática com reativação de CMV e esofagite a Candida por imunodepressão secundária a corticoterapia. Follow-up um mês após suspensão de corticoterapia: assintomática, hemoglobina 13g/dL e carga vírica CMV indetectável. CONCLUSÃO: Este caso pretende espelhar os desafios no diagnóstico e tratamento da AHAI, muitas vezes com necessidade de colaboração multidisciplinar. É fundamental o papel do Internista na avaliação sistemática do doente com AHAI de forma a excluir causas secundárias.

PO-08-52

DOENÇA POR AGLUTININAS A FRIO – DA ANEMIA À FALÊNCIA MULTIORGÂNICA

Sandra Marini, Diana Mota, Lenka R&#367,,,?i&#269,,,ková, Marília Gomes, José Carda, Raquel Guilherme, Leticia Ribeiro
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE HEMATOLOGIA

A Doença por Aglutininas a Frio é uma forma rara de Anemia Hemolítica Auto-Imune (AHAI) causada por auto anticorpos (Ac) reactivos a 4ºC, podendo ser primária ou secundária, predominantemente a infecções ou doenças linfoproliferativa. Descreve-se o caso de uma mulher, 67 anos, autónoma, que em Dezembro de 2015 recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre e cervicalgias com 8 dias de evolução. Apresentava-se apirética, normotensa, polipneica, saturação periférica 97 % com Mv 28%. Prostrada, confusa. Pele e mucosas ictéricas. Abdómen sem organomegalias palpáveis. Analiticamente: Hg 2.4g/dl; Reticulócitos 7%, Bilirrubina total/direta 4.5/2.5 mg/dl; PCR 11.5mg/dL, LDH 812 U/L. TAD e aglutininas a frio positivo com Ac a 4ºC e 37ºC. Ecografia abdominal com nódulos hepáticos hipoecogénicos, o maior com 4,3 cm. Estudo diagnóstico: serologias negativas e imunofenotipagem de sangue periférico com 14.3% de linfócitos com fenótipo de Linfoma Não Hodgkin B, confirmado por biópsia hepática. Iniciou suporte transfusional e corticoterapia e por agravamento clínico com choque e falência multiorgânica secundária foi associada ciclofosfamida e Rituximab (375 mg/m2 semanal). Apresentou progressiva melhoria clínica com estabilização dos valores de hemoglobina entre os 6 e os 7g/dl, apesar de manter tetraparésia flácida (RMN cervical com sinais de isquémia medular). Durante o internamento, verificou-se novo agravamento da anemia, alteração de provas hepáticas. Realizou TAC abdominal com evidência de dilatação das vias biliares intrahepáticas, progressão de lesões hepáticas e aumento dos conglomerados, acabando por falecer em D 51 de internamento. As complicações associadas a AHAI vão desde simples anemias sintomáticas a quadros graves de choque e falência multiorgânica. Ressalta-se assim a importância de um rápido e correcto diagnóstico que se dirija tanto ao diagnóstico diferencial de anemias como à procura de causas secundárias potencialmente fatais.

PO-08-53

TROMBOCITOPENIA AUTOIMUNNE E INFEÇÃO BACTERIANA - POTENCIAÇÃO DA FAGOCITOSE ESPLÉNICA

Galini Vieira,Nuno Jacinto,Paula Rocha,Rui MM Victorino,J.Meneses Santos
CHLN-HSM, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA II, SECTOR D

Introdução A infeção bacteriana causa trombocitopenia por depressão da megacariopoiese, coagulação intravascular disseminada e, sobretudo, por mecanismos imuno-mediados. Quando ocorre em doentes com anticorpos anti-plaquetários pode causar diminuição acentuada da contagem de plaquetas por potenciação da fagocitose esplénica. Caso Uma mulher de 36 anos foi internada por celulite do membro superior esqº, discrasia hemorrágica, diplopia e nistagmo. Tinha Hb – 10.3 g/dL, leucócitos – 10.97 x 10^9 /L, neutrófilos – 9.69 x 10^9 /L, plaquetas 7 x 10^9 /L, TP, APTT e fibrinogénio normais e D-dímeros de 12 µg/ml. A pesquisa de anticorpos antiplaquetários foi positiva. As hemoculturas isolaram Stafilococcus aureus met-sensível. TC-cranio-encefálica revelou hemorragia da região inferior do pedúnculo cerebeloso dtº. Fez terapêutica antibiótica e com prednisolona com cura do processo infeccioso e normalização da contagem de plaquetas. Discussão Depressão medular e hiperconsumo plaquetário decorrente de hiperactividade da cascata da coagulação não determinam, no contexto de sépsis, trombocitopenias tão graves. As plaquetas expressam Toll-like receptors (TLR) e ligam-se a lipopolissacáridos bacterianos pela via dos TLR4. Se estiverem previamente opsonizadas por autoanticorpos, pode verificar-se um fenómeno de potenciação de fagocitose mediada pelos recetores Fc dos macrófagos esplénicos, causando, então, acentuada trombocitopenia.

PO-08-54

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – O QUE ESTARÁ POR DETRÁS…

Alexandra Esteves, Susana Barbosa, Joana Alves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: As doenças hemolíticas (AH) caracterizam-se por uma destruição precoce dos eritrócitos em que a medula eritróide é incapaz de compensar as perdas. Os sinais e sintomas são comuns às várias categorias, tendo expressão e frequência de acordo com o mecanismo patológico subjacente. A anemia hemolítica autoimune (AHAI) consiste em lise eritrocitária e eritrofagocitose mediada por auto anticorpos fixos a antigénios na membrana eritrocitária, podendo ser dividida em primária ou secundária. Caso Clínico: Mulher, 83 anos. Internada após agravamento do quadro de 2 meses de evolução de astenia, febre e dispneia. O estudo em ambulatório revelou anemia (Hb:10,6g/dL) e adenomegalias hilares hepáticas e retroperitoneais. À admissão, anemia (Hb: 5.9g/dL) normocrómica e normocítica com elevação da desidrogenase láctica, bilirrubina total (BT) e teste Coombs direto positivo, IgG positivo. Assumido diagnóstico de anemia hemolítica autoimune e iniciada corticoterapia, com melhora clínica e analítica. Realizada biópsia de adenomegalia inguinal, cuja histologia foi compatível com Linfoma Não Hodgkin de alto grau de fenótipo T. Seguimento pós alta em consulta de Onco-hematologia do IPO Porto que confirmou diagnóstico de Linfoma angioimunoblástico de células T, estadio III-A, onde mantém seguimento. Conclusão: Pretende-se demonstrar o estudo etiológico de uma anemia hemolítica autoimune associada a múltiplas adenomegalias, em que a possibilidade de uma doença linfoproliferativa deverá ser pesquisada impreterivelmente.

PO-08-55

LINFOMA INCLASSIFICÁVEL – COMBINAÇÃO DE ELEMENTOS DE LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS E LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO

Galini Vieira,Nuno Jacinto,Miguel Rito,Telma Cóias,Paula Rocha,Rui MM Victorino,J. Meneses Santos
CHLN-HSM, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA II, SECTOR D

Introdução O linfoma B inclassificável (BCLu) é uma variante muita rara constituída pela combinação de elementos morfológicos e imunofenotípicos de dois tipos distintos de linfoma B. Os autores apresentam de um caso de BCLu de localização cervico-mediastínica. Caso Numa doente de 22 anos, raça branca, observou-se massa supra-clavicular esqª, dura, aderente aos planos superficial e profundo. A TC revelou massa tumoral na vertente antero-inferior esqª da região cervical e no mediastino anterior, com 5 cm de diâmetro maior, de contornos

irregulares, sem plano de clivagem com o esófago e o esternocleidomastoideu, desviando a traqueia. Não se identificaram outras massas ou organomegalias. O mielograma e a biópsia óssea não revelaram alterações. A histopatologia revelou linfoma de células B, inclassificável, com características intermédias entre linfoma B difuso de grandes células e linfoma de Hodgkin clássico. As células neoplasicas eram CD 20++, PAX 5+, CD 30+ , CD15 -, CD3-, ALK-. Iniciou terapêutica com R-CHOP e programou-se radioterapia dirigida à massa tumoral. Discussão Estão descritos 2 subtipos de BCLu. Num deles, no qual se integra o caso em cima descrito, combinam-se elementos de linfoma B difuso de grandes células (DLBCL) e de linfoma de Hodgkin clássico (cHL), podendo verificar-se assincronismo entre a morfologia e o imunofenotipo. No outro subtipo combinam-se elementos de DLBCL e de linfoma de Burkitt. No primeiro dos subtipos referidos a localização mais frequente é a ganglionar cervico-mediastínica. A evolução é mais grave do que a observada no DLBCL primário do mediastino ou no cHL, pelo que o tratamento deve ser constituído pelas terapêuticas dirigidas aos linfomas B de maior agressividade.

PO-08-56

ANEMIA HEMOLÍTICA NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA- CARACTERIZAÇÃO

Luisa Brites*, Mariana Gonçalves*, Diogo Conceição, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho. *Contribuição igual no trabalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

INTRODUÇÃO:A Anemia Hemolítica (AH) representa cerca de 5% de todas as anemias e caracteriza-se por destruição aumentada dos eritrócitos. Pode ser divida em intracorpuscular ou extracorpuscular, sendo esta última associada a fenómenos autoimunes, toxicidade a químicos/fármacos, infeções, hiperesplenismo e destruição mecânica. OBJECTIVO: Descrever as características demográficas, principais causas e particularidades dos doentes com diagnóstico de AH extrínseca. MÉTODOS: Estudo retrospectivo, de Janeiro 2010 a Dezembro 2014, de doentes com diagnóstico de AH internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central. Avaliados os resultados do teste de Coombs direto (TAD) e indireto (TAI), microbiologia, autoimunidade, valores da hemoglobina (Hb), volume globular médio (VGM), bilirrubinemia (Brb) total e indireta, haptoglobina, lactato desidrogenase (LDH) e reticulócitos. RESULTADOS:Foram incluídos 22 doentes com AH, sendo 54,54% do sexo masculino, com uma média de idades de 67,63 anos. Do total, 81,8% tinham TAD positivo e 18,2% TAD negativo, tendo sido diagnosticados com AH autoimune (AHAI) e secundária a processos infeciosos, respetivamente. Dos doentes com AHAI, 16,67% associaram-se a infeções por microorganismos documentados e 44,44% por microorganismos não identificados; 16,67% idiopáticos; os restantes foram secundários a doenças linfoproliferativas e reumatológicas. No diagnóstico o valor médio de Hb foi 7,45 g/dL, de LDH 692 U/L, reticulócitos 5,82%, e a haptoglobina variou entre <0,07 e 2,22 g/L. Além do tratamento dirigido à causa subjacente, 40,91% realizaram corticoterapia, 27,27% corticoterapia associada a transfusão de concentrado eritrocitário e 9,09% foram submetidos apenas a transfusão. Taxa de mortalidade de 9%. CONCLUSÃO:A AH pode resultar de múltiplas causas, sendo a maioria dos casos resultante de processos infeciosos. A taxa de mortalidade é baixa e o prognóstico depende da causa subjacente, no entanto, o risco é maior em doentes idosos.

PO-08-57

MIELOMA MÚLTIPLO NUM ADULTO JOVEM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

André Goulart, Felipe Gamboa, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, E.P.E.R., SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Mieloma Múltiplo (MM) deve-se à proliferação anómala de plasmócitos na medula óssea, com atividade osteoclástica e produção de imunoglobulinas (Ig). Tem maior incidência na 7ª década de vida, no sexo masculino e em indivíduos de raça negra, sendo pouco frequente antes dos 40 anos. Os autores apresentam o caso de um homem, 30 anos, com antecedentes de oligofrenia (fenótipo de Klinefelter, sem estudo genético prévio), asma e rinite alérgica. Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia bilateral com 6 semanas de evolução, anorexia e astenia. Ao exame objetivo destacava-se palidez mucocutânea e edema periorbitário bilateral. O estudo complementar revelou anemia normocítica normocrómica (Hb 6.7g/dL), trombocitopénia, leucograma normal, VS 124mm. Esfregaço de sangue periférico: hipocromia com anisocromia, policromasia e anisocitose, eritroblastos policromatófilos, linfócitos estimulados e anisocitose plaquetária. Creatinina 4.70mg/dL, ureia 144mg/dL, Ca2+ 14.4mg/dL, ácido úrico 17.4 mg/dL, hipoalbuminémia, LDH 3115U/L. Enzimologia hepática, PCR, Haptoglobina, Cinética do ferro, vit. B12 e ácido fólico normais.
Doseamento de Ig séricas com elevação de IgG 7075mg/dL. Eletroforese de proteínas séricas: pico monoclonal Gama. Doseamento de cadeias leves livres: cadeias Kappa (K) em banda monoclonal. β2-microglobulina >8.0mg/dL. Proteinúria de Bence Jones negativa. Imunofixação em urina de 24 horas: banda monoclonal de cadeias K. O medulograma com biópsia óssea confirmou o diagnóstico de MM com 66% de plasmócitos. Em TC toracoabdominopélvica identificou-se hepatoesplenomegalia ligeira e lesões osteolíticas generalizadas. Com uma β2-microglobulina >5.5 mg/dL, o doente encontra-se em Estadio 3 do ISS, correspondendo-lhe uma sobrevida média de 29 meses. Descreve-se este caso de MM pela apresentação numa faixa etária pouco frequente, e com critérios de gravidade e estadiamento avançado, que permitiram um diagnóstico e início da terapêutica de forma precoce.

PO-08-58

BEZOAR METÁLICO: PARA ALÉM DAS CONSEQUÊNCIAS ÓBVIAS

Isabel Rodrigues Neves, Maria Trêpa, Maria Inês Freitas, Filipe Gaio Nery, Álvaro Ferreira, Ana Luísa Rego, José Miguel Maia
HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO – CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A anemia é um achado frequente na prática clínica, com múltiplas possíveis etiologias, algumas das quais menos óbvias. Descreve-se o caso de uma mulher de 56 anos, com esquizofrenia paranóide, seguida em consulta de Hematologia Clínica desde há 1 ano por bicitopenia (anemia e leucopenia) de etiologia não esclarecida; inicialmente interpretada em contexto de défices nutricionais, mas sem melhoria após suplementação, com necessidade de suporte transfusional e factores de crescimento. Admitida por quadro de dor e aumento do perímetro abdominal. Radiografia abdominal a revelar cavidade gástrica repleta de material metálico, tendo-se realizado gastrotomia com remoção de 1941g de objetos metálicos (chaves, moedas, tesouras...). Analiticamente com bicitopenia (Hg 8.2g/dL e 1790 leucócitos/uL) e lesão renal aguda estadio AKIN 2. Mielograma com 48% de sideroblastos em anel, com discreta displasia na série mielóide. Apesar das anemias sideroblásticas nesta faixa etária serem predominantemente mielodisplásicas, dada a ingestão crónica de metais pesados com possível toxicidade hematológica e renal foi pedido o seu doseamento, tendo-se objectivado excesso de zinco (1.84mg/L no plasma – valor de referência (VR) 0.66-1.10mg/L; urina 2.65mg/L – VR 0.30-0.60mg/L) e défice grave de cobre (0.051mg/L no plasma – VR 0.75-1.45mg/L). Sendo o zinco um quelante do cobre, a intoxicação pelo primeiro provoca défice do segundo. Assim, admitiu-se a hipótese de anemia sideroblástica e leucopenia por défice de cobre, tendo iniciado suplementação. Apresentou recuperação progressiva da bicitopenia, permitindo a suspensão dos factores de crescimento 2 meses após o início da suplementação de cobre. Controlo analítico 5 meses após a suspensão dos factores de crescimento sem leucopenia (6800/uL) e com anemia estabilizada (11.4g/dL). O défice de cobre está associado a anemia sideroblástica e leucopenia, bem como a mieloneuropatia, sendo a sua exclusão essencial em determinados contextos clínicos.

PO-08-59

LINFADENITE GRANULOMATOSA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Margarida Oliveira, Mrinalini Honavar, Vasco Barreto, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA E SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

As doenças granulomatosas constituem uma família vasta que tem como denominador comum a formação de granulomas. Apresentamos o caso de um homem de 83 anos, com perda de 22% do peso, astenia, anorexia, epigastralgia, pirose e enfartamento pós-prandial. Objectivamente com IMC 19,6Kg/m2, sem adenomegalias palpáveis. VIH negativo, VS 33mm/h, PCR 12,5mg/L. TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico mostrava conglomerados adenopáticos retroperitoneais peri-celíacos, os maiores com 8x4cm. Biópsia aspirativa guiada por TAC compatível com linfadenite granulomatosa não necrotizante (Ziehl-Neelsen, Groccott, PAS negativa). Endoscopia digestiva alta mostrou candidose esofágica e úlcera gástrica, histologicamente com tecido de granulação com células gigantes multinucleadas de Langhans, sem evidência de malignidade. Colonoscopia com biópsia normal. Biópsia excisional das adenopatias retroperitoneais mostrou lesões de linfadenite granulomatosa com focos de necrose e células gigantes multinucleadas de Langhans, bacteriológico, micobacteriológico e micológico negativos. Repetida biópsia excisional, o estudo imunofenotípico foi negativo para alterações sugestivas de linfoma não Hodgkin e a reavaliação histológica revelou granulomas de células epitelióides e entre estes raras células de Reed-Sternberg (imunohistoquímica positiva para CD30 e negativa para CD15, CD20, CD3, Bcl2 e CD10). Na reavaliação da histologia gástrica constatou-se a presença de células de Reed-Sternberg. PET-scan revelou hiperfixação em gânglios paravertebrais e para-aórticos ao nível de D7, retrocrurais, mesentéricos e ilíacos, bem como envolvimento hepático e esplénico. Biópsia de medula óssea sem alterações. Concluimos tratar-se de Doença de Hodgkin, subtipo celularidade mista, com envolvimento extra-ganglionar, estadio IVB. Apresenta-se este caso como exemplo de uma forma de apresentação rara de doença de Hodgkin, bem como pela importância de a relembrarmos como diagnóstico diferencial de linfadenite granulomatosa.

PO-08-60

3 CASOS, 3 ELECTROFORESES, 3 DIAGNÓSTICOS

Daniela Marques Marto, Nandi Lopes Rodrigues, Teresa Plancha Silva, Maria do Mar Menezes, Lurdes Venâncio, Catarina Salvado, José António Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. - UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA 7.1

A eletroforese das proteínas (EFP) é uma ferramenta diagnóstica útil, capaz de fornecer informações importantes, ocasionalmente com alterações consideradas patognomónicas. O presente trabalho relata três casos clínicos de doentes demograficamente díspares, com queixas semelhantes, estudados num curto espaço de tempo, cuja investigação clínica, com contributo da EFP, produziu resultados muito distintos. 1) Mulher de 38 anos, que, por queixas de cansaço, iniciou estudo que revelou pico monoclonal na região gama da EFP e é por isso enviada à consulta de Medicina. O estudo ulterior revelou pico monoclonal IgG kappa com proteína M < 3 g, e mielograma com 15% de plasmócitos. Sem anemia, lesões líticas no radiograma de esqueleto ou outras manifestações clínicas de Mieloma Múltiplo, pelo que se concluiu tratar-se de 'Smoldering' Mieloma; actualmente em vigilância pela Hematologia. 2) Homem de 75 anos, com história de cardiopatia isquémica, que, também por queixas de cansaço, iniciou estudo que revelou anemia de novo, tendo sido excluídas perdas como causa, e um pico monoclonal na região gama da EFP, sendo por isso enviado à consulta de Medicina. O estudo realizado revelou tratar-se de uma gamapatia biclonal IgG kappa e IgM kappa, com presença de proteína de Bence-Jones kappa na urina, e biopsia óssea compatível com linfoma linfoplasmocitário (Waldenstrom), radiograma de esqueleto sem lesões líticas, tomografia de corpo sem organomegálias; actualmente em vigilância pela Hematologia. 3) Homem de 52 anos, com história de hemangiomas hepáticos, que, por queixas de cansaço marcado, foi internado para esclarecimento de anemia macrocítica de novo, que se revelou perniciosa. Documentou-se bisalbuminémia na EFP, cujo estudo dirigido não revelou alterações, tendo-se admitido como congénita, e sem significado patológico. Pretende-se de realçar a importância da EFP, um exame pouco sofisticado, mas que fornece por vezes pistas diagnósticas essenciais ao diagnóstico diferencial.

PO-08-61

PLASMÓCITOS ENCAPOTADOS

Maria Margarida Luís, Cláudia Rozeira, Agripino Oliveira, Dulce Pinheiro, Vítor Paixão Dias
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO, EPE.

Introdução. O Mieloma Múltiplo (MM) contempla discrasias plasmocitárias neoplásicas no microambiente da medula óssea, proteína monoclonal no sangue ou na urina, e disfunção de órgão. O diagnóstico baseia-se na presença de pelo menos 10% de células medulares clonais e proteína monoclonal no soro ou na urina. Nos mielomas não secretores verdadeiros, o diagnóstico baseia-se na presença de 30% de células medulares monoclonais ou em plasmocitoma atestado por biópsia. Descrição de caso. Homem, 55 anos. Referenciado à consulta de Medicina Interna por perda ponderal, lombalgias nos 3 meses prévios e suspeita de fractura patológica lombar ao nível de L3, em RMN. Submetido a cifoplastia vertebral em L3 - não realizado estudo anatomopatológico. Cintigrafia óssea posterior a denunciar área de hipercaptação no manúbrio esternal (inespecífica). Do estudo realizado, ressaltam: estudos endoscópicos sem alterações de relevo, anemia normocrómica normocítica (Hb 11,5 g/dL); electroforese proteica sem banda monoclonal; electroimunofixação negativa. Parâmetros renais normais, B2-microglobulina aumentada, DHL com elevação discreta, hipercalcémia. Fractura do úmero proximal esquerdo (imagem lítica). IMF da medula óssea com 29% de plasmócitos com características fenotípicas anormais. FISH para Mieloma Múltiplo com rearranjo IGH/CCND1 (BCL1) em 13% dos núcleos e monossomia do 13 em 16% das células analisadas. Radiografia de esqueleto revelou múltiplas lesões líticas, mais evidentes em ambos os úmeros, clavículas, escápulas, calote, ilíacos e fémures proximais. Diagnóstico de MM de cadeias leves, não secretor. Iniciou tratamento com pamidronato. Ciclo de tratamento com protocolo CyBorDexa. Proposto auto-transplante. Discussão/Conclusões. Em doentes com fracturas patológicas, o MM deve ser sempre englobado no diagnóstico diferencial. A ausência de uma proteína M detectável não deve excluir MM – deve recordar-nos da possibilidade de nos encontrarmos perante um mieloma não secretor.

PO-08-62

DERRAME PLEURAL DIREITO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

Tiago Alves, Inês Coelho, Mário Santos, Lara Adelino, Teresa Filomena, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA II

INTRODUÇÃO: O quilotórax consiste na acumulação de quilo no espaço pleural resultante de ruptura, laceração ou obstrução do ducto torácico. Este é caracterizado pelo seu aspecto leitoso e níveis elevados de triglicéridos. A sua etiologia pode ser dividida em traumática e não traumática, representando as doenças linfoproliferativas 60% das causas não traumáticas, sendo o Linfoma não Hodgkin (LNH) a entidade mais frequente. CASO CLÍNICO: Os autores descrevem caso de mulher de 81 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dificuldade respiratória e cansaço fácil com 3 semanas de evolução. Ao exame físico destacava-se ligeira taquipneia, múrmuro vesicular abolido na base do hemitórax direito e edema bi-maleolar. Analiticamente sem parâmetros de inflamação elevados ou outras alterações de relevo. A radiografia de tórax evidenciou derrame pleural direito, inicialmente interpretado como provável insuficiência cardíaca descompensada. Foi realizada toracocentese que revelou líquido de aspecto leitoso, cujo exame citológico e bioquímico foi compatível com quilotórax. Os exames culturais foram negativos. Do estudo etiológico realizado destaca-se tomografia axial computorizada toraco-abdomino-pélvico a evidenciar múltiplas adenopatias ao longo de toda a raiz do mesentério e para-aorto-cava, tronco celíaco e hilo hepático. Foi efectuada biópsia de gânglio mesentérico que permitiu estabelecer o diagnóstico de LNH de células do Manto, em estadio IV com envolvimento das serosas. Foi contactado o Serviço de Oncologia, iniciando

a doente quimio-imunoterapia tendo atingido uma resposta completa após 6 ciclos, encontrando-se presentemente em remissão sob rituximab. CONCLUSÃO: Este caso tem como objectivo alertar para uma forma de apresentação pouco frequente de LNH. Por vezes a baixa suspeição e a sintomatologia inespecífica podem atrasar o diagnóstico e condicionar o prognóstico futuro do doente.

PO-08-63

MASTOCITOSE SISTÉMIA: QUANDO UMA OMALGIA NÃO DEVE SER DESVALORIZADA

Carlos Pinhão Ramalheira, Sara Almeida, Filipa Gomes, Rita Dutschmann
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA I

Introdução: A mastocitose sistémica (MS) resulta da proliferação neoplásica de mastócitos podendo afectar a pele, medula óssea, fígado, baço e gânglios linfáticos. Geralmente os sintomas devem-se à libertação de mediadores mastocitários, entre os quais histamina, serotonina, heparina e outros. Por vezes esta doença apresenta-se pelos sintomas associados à disseminação tecidular. Caso Clínico: Mulher de 46 anos de idade com hábitos tabágicos. Registamos um quadro clínico de carácter consumptivo com 4 semanas de evolução a que se associou prurido e uma omalgia de agravamento progressivo com crepitação à mobilização passiva e impotência funcional. Verificámos ainda adenopatias axilares e supraclaviculares. A investigação analítica permitiu apenas identificar uma discreta leucocitose (12.9 *10) com eosinofilia (11,4%). No estudo imagiológico dirigido ao ombro identificou-se uma lesão óssea lítica com reacção do periósteo que, após biópsia, permitiu o diagnóstico de uma MS da categoria IV de acordo com a classificação de Metcalfe (1991) - uma forma agressiva de MS linfadenopatica com eosinofilia. Salientamos que antes de proceder à biópsia foram sistematicamente pesquisados locais frequentes de neoplasias com metastização óssea secundária. Iniciou quimioterapia com cladribina (2-clorodesoxiadenosina) associado a tratamento sintomatológico com anti-histaminicos. Verificámos uma redução significativa dos sintomas e normalização do hemograma após o quinto ciclo de quimioterapia. Conclusão: Os sintomas mais frequêntes não devem ser banalizados. Os sinais e sintomas acompanhantes imbuem os quadros clínicos de um contexto diferenciador. Este caso ilustra essa importância por ter permitido um diagnostico e orientação de forma celeres. Todavia, esta condição é geralmente refratária ao tratamento e os resultados observados são muitas vezes transitórios.

PO-08-64

UMA HEPATITE COLESTÁTICA QUE SE REVELOU SER DOENÇA DE ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO CRÓNICA

Gisela Borges, Cláudia Rocha, Maria de Jesus Silva, Glória Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL PULIDO VALENTE - MEDICINA IIIA

A doença enxerto versus hospedeiro crónica (DEVH) é uma das principais complicações do alotransplante. Assemelha um processo autoimune. Pode acometer vários órgãos incluindo o fígado. Apresenta-se caso de um jovem, 24 anos diagnosticado com Leucemia Linfoblástica Aguda B e submetido a alotransplante medula óssea em Fevereiro 2014. História de Herpes Zoster dorsal e ocular cerca 1 ano depois. Sem medicação imunossupressora (Dasatinibe 140mg/dia) há 6 meses por alterações hepáticas. A 9/12/15 por prurido generalizado e icterícia com 5 e 3 dias de evolução respetivamente recorre ao hospital. Objetivamente destaca-se: icterícia e hepatomegalia. Dos exames de realçar: Leuc 4890 (44.4% Neut, 45.2% Linf) FA301 GGT385 ALT667 AST422 LDH556 BilT1.59 CK335 PCR0.13/VS18; ecografia abdominal: hepatoesplenomegalia homogénea. Interna-se com hipótese diagnóstica de hepatite aguda de etiologia a esclarecer. Realiza: tomografia computadorizada que exclui obstrução das vias biliares; serologias, estudo auto-imune, pesquisa de ceruloplasmina e αfetoproteina negativos; mielograma: 19% linfócitos. Relativamente ao Dasatinibe pode causar colestase e elevação de CK mas raramente e a recuperação costuma ser rápida após suspensão. Realiza biopsia hepática: hepatite cronica com fibrose ligeira; eosinófilos no infiltrado; atividade inflamatória lobular e lesão ductular ligeira. É transferido para o serviço de Hematologia com as hipóteses diagnósticas de hepatite colestátitica tardia a Dasatinibe ou por DEVH. Inicia Prednisolona (PDN) 2mg/kg/dia (75mg 12/12h) com melhoria clinica e laboratorial. Mantém seguimento em consulta de Hematologia com doença em remissão e em desmame de PDN (40+20) e Medicina por diabetes mellitus 2ª corticoterapia sob Metformina e Insulina. Com este caso os autores pretendem alertar os internistas para esta entidade em doentes transplantados e para a importância da biopsia para firmar o diagnóstico e iniciar terapêutica dirigida de forma a diminuir a mortalidade.

PO-08-65

PLASMÓCITO - O GRANDE INVASOR

Sónia Cunha Martins, Ana Rita Sanches, Margarida Sousa Carvalho
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: O mieloma múltiplo, neoplasia derivada de proliferação de plasmócitos, apresenta uma incidência anual de cerca de 4.3 casos/100000, com uma idade média de diagnóstico de 70 anos. O espectro de apresentação clínica pode variar de assintomática a sintomática, de acordo com o envolvimento dos órgãos afetados. CASO CLÍNICO: Homem, 64 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, patologia osteo-degenerativa da coluna e portador de prótese total do joelho direito, que recorreu ao Serviço de Urgência em junho 2015 por quadro de dor torácica e lombar à direita, de características mecânicas, com cerca de 1 ano de evolução e de agravamento recente (a condicionar acamamento progressivo). A avaliação analítica mostrou anemia normocítica normocrómica e trombocitopénia e lesão renal aguda, tendo-se decidido pelo internamento do doente no Serviço de Medicina para melhor esclarecimento do quadro. Após consulta do processo clínico constatou-se que as alterações hematológicas já se evidenciavam desde 2011. O estudo subsequente foi compatível com mieloma múltiplo IgG kappa, com o medulograma a revelar infiltração por plasmócitos (100%), com inexistência de percursores de outras séries. Doseamento de β2-microglobulina aumentada (7-8 vezes o limite superior do normal). Estabelecido o diagnóstico de mieloma múltiplo (estadio III), iniciou quimioterapia (protocolo CyBorD) com rápida melhoria clínica e analítica, tendo sido submetido a transplante autólogo de medula óssea em fevereiro 2016. O doente encontra-se de momento estável, tendo apresentado até à data um episódio de neutropénia febril. DISCUSSÃO: As autoras apresentam o caso de um doente com envolvimento medular e de órgãos alvo muito significativo, tendo-se constatado uma célere recuperação após a instituição de tratamento dirigido. Alertam, desta forma, para a necessidade de elevada suspeição clínica nos doentes que se apresentam com dores ósseas e alterações hematológicas.

PO-08-66

TROMBOSE DE SEIOS VENOSOS E OUTRAS QUE TAIS NA POLICITEMIA VERA.

Maria Margarida Luís, Cláudia Rozeira, Agripino Oliveira, Dulce Pinheiro, Vítor Paixão Dias
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO, EPE.

Introdução. A policitemia vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa clonal crónica rara caracterizada pelo aumento da massa dos glóbulos rubros. Principais causas de morte: trombose, hemorragia e transformação hematológica para mielofibrose ou leucemia aguda. Recomendações terapêuticas baseiam-se no risco trombótico. Descrição de Caso. Homem, 79 anos. Antecedentes de HTA e dislipidemia. Avaliado por cefaleias bifrontais tipo ´fisgada´ e diminuição da acuidade visual, sobretudo à esquerda. Identificado papiledema. TC- CE normal. Agravamento do quadro - descrição de papiledema secundário a hipertensão intracraniana (HIC) e não a estadio avançado de retinopatia hipertensiva. Na ausência de lesão ocupante de espaço e iatrogenia medicamentosa, decidida punção lombar evacuadora (retirada de 25mL) - eritrócitos 200/uL, contagem total de células 4/uL, leucócitos 4/uL, células mononucleares 50%, células polimorfonucleares 50%, glicose 67 mg/dL, proteínas 45 mg/dL, pressão de abertura 32cmH2O. AngioRMN-CE revelou fluxo reduzido / ausência de fluxo nos

seios transverso e sigmóide, e na veia jugular interna à direita, a traduzir a presença de trombose dos veios venosos durais referidos. Decidida hipocoagulação. Neoplasia oculta possível. Necessidade de amputação do quinto dedo do pé direito (provável embolização periférica). Apresentava hematócritos sistematicamente elevados e eritropoetina baixa. Ecografia abdominal documentava esplenomegalia. TC toraco-abdomino-pélvica – sem outras alterações. Positividade de JAK2. Biópsia medular suportou hipótese de PV de alto risco. Decididos hidroxiureia e ácido acetilsalicílico. No acompanhamento, recuperação completa das queixas. AngioRMN-CE revelou recanalização parcial. Discussão / Conclusões. O curso clínico benigno da PV pode complicar-se de diáteses trombóticas e hemorrágicas. As primeiras manifestam-se, por vezes, na fase pré-clínica da doença. É recomendável a avaliação de trombofilias adquiridas nestas circunstâncias

PO-08-67

ANTICOAGULAÇÃO PROFILATICA EM DOENTES JOVENS NO INTERNAMENTO

Darlene Adolfo, Jozelina Riviera, Cristina Sequeira, João Correia
ULS GUARDA / HOSPITAL SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Trombofilias são predisponiblidades hereditárias ou adquiridas à formação de trombose, resultantes das alterações dos factores de coagulação ou fibrinólise, levando a um estado pró-trombótico. As mutações genéticas do factor V e do factor II da coagulação, são as mais comuns, constituindo mais de 50% do total de casos de tromboses. Foram descritas 3 formas de mutação no gene da protrombina G20210A, C20209T, A19911G, Yukuhashi. A mutação heterozigótica do G20210A a nível mundial, em caucasianos tem prevalência de 2-4% (1 em 50 ou 1-25 indivíduos), sendo que na Europa, varia de 0.7-6.5%, duplicando no Sul, sendo Espanha quem tem registado taxas mais altas. Caso Clínico: G.B.C.B.C, sexo masculino de 40 anos de idade, sem antecedentes de patologia crónica conhecida, internado no serviço de Medicina com o diagnostico de febre escaro-nodular, com o aumento das transaminases +3 vezes o valor normal, associada a uma pneumonia. Após o 3º dia de internamento, o doente começou a queixar-se com dispneia, gasimetricamente com hipoxemia pO2 60, SatO2 86%, e dor torácica tipo pleurítica à direita e nos membros. Ao 4º dia, teve agravamento do seu estado clínico, passando a usar máscara de alto débito, dificuldade em deambular, ao exame objetivo, polipneico, febril, com dor à palpação região gemelar bilateralmente e sinal de homan positivo à direita. Foi colocada anticoagulação em doses terapêuticas. Analiticamente apresentava DD (4890), Angio-TAC do Tórax, mostrou TEP e Eco- Doppler dos MIIs mostrou, trombose oclusiva das veias do plexo gemelar dto, trombose parcial de uma veia gemelar interna esquerda. A auto-imunidade foi negativa tendo mutação heterozigótica do factor II G20210A . Após melhoria clínica, e já anti-coagulado, o doente teve alta e encaminhado para a consulta Externa de Medicina. - As alterações no G20210A acarretam risco de TVP de repetição, AVC em idosos e em indivíduos <50 anos, TVP na gravidez.

PO-08-68

UMA GAMA DE HIPÓTESES

Gonçalo Mendes, Ana Emídio, Mafalda Figueira, Hugo Viegas,Francisco Torres, Clara Rosa,Vitor Augusto, Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL – HOSPITAL DE SÃO BERNARDO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As gamapatias monoclonais constituem um grupo de doenças caracterizadas pela proliferação de um único clone de linfócitos B, que produz e segrega imunoglobulina ou fragmento de imunoglobulina monoclonal, designada proteína M.O mieloma múltiplo (MM), tem etiologia desconhecida, caracteriza-se pela destruição óssea, falência renal, anemia e hipercalcemia, sendo a dor óssea a manifestação clínica mais frequente. Apresentamos o caso de um homem 74 anos, com antecedentes de queda em 2014 da qual resultou fractura dos arcos costais, e L2-3, assumida como colapso osteoporótico. Recorreu ao SU em 2016, por lombalgia mais acentuada e lateralizada à direita, dificuldade progressiva na marcha acompanhada de perda ponderal. Exame objectivo com queixas álgicas à mobilização passiva e activa na região lombosagrada. Do estudo complementar realizado salienta-se anemia normocrómica, macrocítica, função renal normal, sem hipercalcémia, β-2 microglobulina discretamente elevada, electroforese proteica de soro e urina sem banda monoclonal , coeficiente Kappa/Lambda 230.18.Tomografia computorizada (TC) toracoabdominopélvica com infiltração difusa das vértebras com lesões osteolíticas e aumento do diâmetro do canal raquidiano por tumor exofítico em L3.Imunofixação de proteínas de sangue e da urina compatível com gamapatia monoclonal a cadeias leves Kappa. Efectuada Biópsia óssea e Mielograma compatível com mieloma múltiplo.Seguimento efectuado em consulta de hemato-oncologia, estando sob corticoterapia e radioterapia sobre L1 e L3.Pretende-se com este caso chamar atenção para a necessidade do esforço que deve ser realizado para o correcto diagnóstico, uma vez que erros diagnósticos baseados na ausência de picos oligoclonais possibilitam a progressão da doença.

PO-08-69

SÍNDROMA DE POEMS E DOENÇA DE CASTLEMAN

Francisco Santos Cunha, Cátia Correia Pereira, Patrícia Howell Monteiro, Rui M. M. Victorino
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE HOSPITAL SANTA MARIA SERVIÇO DE MEDICINA 2 UNIDADE C

Introdução: A síndroma de POEMS (polineuropatia, organomegália, endocrinopatia, discrasia plasmocitária monoclonal e alterações cutâneas), caracteriza-se por discrasia plasmocitária e polineuropatia periférica, associada a pelo menos, uma das seguintes alterações, lesões ósseas osteoescleróticas, Doença de Castleman (DC) e elevação dos níveis de fator de crescimento vascular endotelial e um critério minor (organomegália, hipervolémia extravascular, endocrinopatia, alterações cutâneas, papiledema e trombocitopénia). Apresentando-se um caso que ilustrativo de POEMS com DC. Caso clínico: Homem, 67 anos, com colite ulcerosa e gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) IgG Lambda. Internado por quadro insidioso (6 meses de evolução) de tetraparesia, parestesias/disestesias e perda ponderal (7Kg). Do exame objetivo a destacar pletora do tronco, hepatomegália, adenopatias axilares/supraclaviculares e inguinais, edema bimaleolar, tetraparésia com predomínio distal e mais marcada nos membros inferiores, arreflexia nos membros inferiores e superiores. Analiticamente: glicemia em jejum >200mg/dL, hiperprolactinémia. Autoanticorpos, crioglobulinas, RA teste, serologias hepatites virais, doença de Lyme e sífilis negativas. Electromiograma: polineuropatia periférica desmielinizante sensitivo-motora adquirida. Liquor com dissociação albumino-citológica. Tomografia computorizada: derrame pericárdico/pleural e hepatoesplenomegália. Biópsia de medula óssea compatível com MGUS. Biópsia de gânglio: aspetos morfológicos de DC forma hialino-vascular, com estudo anti-HHV8 negativo. Foi estabelecido o diagnóstico de síndroma de POEMS e DC, tendo sido instituída corticoterapia com melhoria sintomática. Discussão: No presente caso destacamos a associação de POEMS com DC documentada em apenas 11 a 30% dos casos de síndroma de POEMS. A avaliação diagnóstica ilustra a complexidade no estabelecimento de fronteiras entre as duas entidades.

PO-08-70

SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Raquel Silva, João Tiago Serra, Fernanda Paixão Duarte, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.

O síndrome hipereosinofílico (SHE) é marcado pela superprodução de eosinófilos associado a lesão de órgão, envolvendo mais frequentemente o trato gastrointestinal, a pele, os pulmões, o coração e o sistema nervoso central. Pode tratar-se de um achado acidental em doentes com sintomatologia insidiosa. Apresenta-se o caso de mulher de 42 anos, com antecedentes de drepanocitose, AVC isquémico sem sequelas, tromboembolismo pulmonar sob anticoagulação oral e colecistite aguda com colecistectomia. Admitida por quadro clínico de 2 dias de evolução de dor e distensão abdominais. Analiticamente com Hb 6.0gr/dL, INR>10, leucocitose 19.5x10^9/L com neutrofilia e eosinofilia (0.7%) e creatinina 1.37mg/dL. A TC abdominal revelou hematoma recente, com

moderado volume de líquido livre na cavidade pélvica e distensão de múltiplas ansas do intestino delgado. Foi admitida em UCI para vigilância, sendo posteriormente transferida para enfermaria. Constatado quadro de poliartralgias simétricas de predomínio de pequenas articulações com inflamação associada e fator reumatóide e anticorpo anti-CCP positivos. Paralelamente, com eosinofilia persistente, com valor máximo de 70.0x10^9/L (27.3%) associado a eritema, prurido e agravamento de função renal (Cr: 2.29mg/dL). Excluiu-se infeção parasitária e reação adversa medicamentosa. O mielograma foi compatível com SHE. A biopsia óssea mostrou neoplasia mielóide com eosinofilia provavelmente associada ao gene PDGFRA. A TC de tórax revelou densidade heterogénea do parênquima pulmonar com alterações intersticiais e adenopatias mediastínicas. Iniciou terapêutica com prednisolona 1mg/Kg/dia, com resolução da hipereosinofilia. O diagnóstico de síndrome hipereosinofílico deve ser considerado em doentes com hipereosinofilia sustentada ou evidência de infiltração tissular. Depois de excluídas causas secundárias, deve ser realizado estudo dirigido a causas mieloproliferativas.

PO-08-71

ÁLCOOL COMO FATOR DE RISCO DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA

Lénio Couto, Mónica Seidi, Joana Carreiro, Maria Guadalupe Benites, Almerindo Rego
HOSPITAL DO SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

A síndrome mielodisplásica é uma das causas de pancitopénia, caracterizada por hematopoiese ineficaz com diversas repercussões hematológicas. Com uma incidência de 4/100 000 habitantes por ano, é cerca de 50 vezes mais prevalente nos indivíduos com mais de 70 anos. O seu diagnóstico representa um grande desafio clínico e a sua classificação exige o recurso a meios complementares de diagnóstico específicos e sofisticados. Homem de 52 anos com antecedentes de carcinoma vesical de baixo grau submetido a resseção transuretral vesical há 2 anos, status pós correção cirúrgica de fistula enterovesical, alcoolismo com consumo > 50mg/dia. Recorreu ao SU por hematuria e lombalgia com 24h de evolução. Ao exame objectivo, a salientar palidez mucocutânea e dor à palpação do hipogastro. Analiticamente, anemia macrocítica com hemoglobina de 7,6 g/dL e trombocitopénia de 21 000/uL. Análise sumária da urina com >150 eritrócitos, 100 leucócitos e numerosas bactérias. Ecografia renal sem de sinais de litíase ou uropatia obstrutiva. Foi internado para estudo etiológico iniciando amoxicilina + ácido clavulânico. Do estudo efectuado, a destacar cinética do ferro, doseamento de vitamina B12, ácido fólico e função tiroideia normais. Esfregaço de sangue periférico com eritrocitopénia, trombocitopénia e leucopénia sem alterações morfológicas. Apresentou melhoria clínica, com total resolução da hematúria, no entanto com agravamento da anemia e trombocitopénia (6,2 mg/dL e 14 000/uL, respectivamente), associada a leucopénia (2 830/µL) com neutropénia (940/µL). Realizou mielograma, destacando-se diminuição da celularidade e eosinofilia e a biópsia hipoplasia medular com eritropoiese ineficaz e alterações morfológicas arquiteturais sugestivas de mielodisplasia. Salientamos este caso pela possível associação entre o consumo de álcool e o risco de mielodisplasia. Jin et al publicaram uma metanálise que relaciona positivamente o consumo de álcool e a síndrome mielodisplásica.

PO-08-72

LINFOMA NÃO HODGKIN EM FIGADO CIRRÓTICO – UM CASO CLÍNICO

Sofia Gomes Brazão, João Pedro Freitas, António Aragão, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, ENFERMARIA A

Introdução: Os linfomas não Hodgkin (LNH) são um grupo heterogéneo, que se manifesta mais frequentemente nos idosos e no sexo masculino. Menos de 15% são linfomas de células T e o fígado é um dos órgãos mais envolvido no LNH disseminado. Caso Clínico: Homem de 62 anos, independente, com antecedente de cirrose hepática alcoólica diagnosticada por biópsia; referia dor lombar e emagrecimento com cerca de 3 meses de evolução. Perante agravamento dos sintomas, astenia marcada e perda superior 10% do peso, recorreu ao Serviço de Urgência. À observação estava apirético, normotenso, subictérico, sem massas ou organomegalias e sem estigmas de doença hepática alcoólica. Analiticamente, havia pancitopénia, com hemoglobina de 6.7g/dL, leucócitos 1,7x10^9; (neutrófilos: 60,3% e 1% de células imaturas), plaquetas 67x10^9, LDH 1097 U/L e bilirrubinémia total de 1,6mg/dL. Ecografia e TC-abdominal apresentavam fígado com dois nódulos sólidos, compatíveis com localizações secundárias. A biópsia diagnosticou envolvimento hepático por processo linfoproliferativo com fenótipo T. O cintigrama osteoarticular revelou metastização óssea múltipla. O doente, faleceu, por choque séptico com ponto de partida respiratório, sem iniciar terapêutica dirigida à doença linfoproliferativa. Conclusão: Apesar do o carcinoma hepatocelular ser a causa mais frequente de nódulos hepáticos em fígado cirrótico, quando a imagiologia não é típica, ou quando há clínica sugestiva doutra patologia, a biópsia hepática está indicada. Este caso ilustra uma causa rara de nódulos em fígado cirrótico: o linfoma não Hodgkin.

PO-08-73

POLICITÉMIA VERA E SÍNDROMA DE BUDD-CHIARI

Bernardo Baptista, João Tavares, Alexandra Bayão Horta, João Sá, António Almeida, Augusto Gaspar
HOSPITAL DA LUZ, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 28 anos que nos 6 meses que antecederam a ida ao Serviço de Urgência (SU) começou com dor abdominal epigástrica, episódica e pós-prandial, sendo nos últimos 2 dias mais frequente e acompanhada de febre. À admissão tinha dor à palpação do epigastro sem sinais de irritação peritoneal e não se palpavam organomegálias. Analiticamente destacava-se a presença de eritrocitose, leucocitose, trombocitose e citólise hepática, sem alterações no esfregaço de sangue periférico. A ecografia abdominal complementada por angio-TC revelou trombose das veias supra-hepáticas em fase subaguda, com hipertrofia do segmento I e trombose do ramo porta do segmento III. Admitindo o diagnóstico de síndroma de Budd-Chiari iniciámos anticoagulação com enoxaparina 1mg/kg 12/12 horas e perante a suspeita de policitémia vera pedimos a pesquisa da mutação JAK2 V617F no sangue periférico que foi positiva e o doseamento da eritropoietina (EPO) – limite inferior do normal, confirmando a hipótese colocada. Durante o internamento evoluiu favoravelmente, tendo alta após 4 dias. Em ambulatório iniciou hidroxiureia, com rápida melhoria analítica. As neoplasias mieloproliferativas (NMP) são um grupo heterogéneo de doenças clonais caracterizadas pela proliferação de um ou mais componentes da linhagem mieloide, sendo frequente a positividade para a mutação JAK2 V617F. Dentro deste grupo a policitémia vera é a mais frequente. A idade média ao diagnóstico ronda os 60 anos e apenas 5% dos casos ocorre antes dos 40 anos. Das manifestações clínicas fazem parte as complicações trombóticas, nomeadamente o síndroma de Budd-Chiari (SBC). Este caracteriza-se pela oclusão da drenagem venosa hepática ao nível das veias supra-hepáticas e/ou veia cava inferior, podendo manifestar-se de forma aguda, subaguda ou crónica. O presente caso pretende ilustrar a associação de duas entidades raras, alertando para as formas de apresentação que mais facilmente podem passar despercebidas.

PO-08-74

SÍNDROME FEBRIL – "CRÓNICA DE UMA MORTE ANUNCIADA"

Ana Vigário, Inês Furtado, Paulo Paiva, Catarina Mendonça, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os síndromes mielodisplásicos (SMD) são doenças dos idosos, caracterizadas por hematopoiese ineficaz e risco variável de progressão para leucemia mielóide aguda (LMA). A informação citogenética tem um papel major na predição do prognóstico, mas apenas 30-50% dos doentes com SMD de novo têm anomalias citogenéticas. As mutações no gene NPM1 são as anomalias moleculares mais frequentes na LMA e correlacionam-se com contagens elevadas de leucócitos, cariótipos normais e mutações FLT3. Os autores trazem o caso de um homem de 69 anos, com antecedentes de síndrome metabólico, tabagismo, cardiopatia

isquémica e enfisema pulmonar. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com duas semanas de evolução de febre, astenia e anorexia marcadas, e dor na região posterior das pernas. Sem clínica focalizadora de infecção ou contexto epidemiológico relevante. Estudo complementar a documentar bicitopenia com anemia (Hb 6,8g/dL) e trombocitopenia (45 000) e síndrome de resposta inflamatória sistémica exuberante. Estudo microbiológico e serológico negativo, sem evidência clínica ou ecocardiográfica de endocardite e tomografia toracoabdominopélvica sem alterações. Mielograma a revelar medula moderadamente hipocelular com 12,7% de blastos, bastonetes de Auer, e sinais de displasia marcada nas séries mielóide e eritróide. Mutação no gene NPM1 positiva e FLT3 negativa. Assumida anemia refractária com excesso de blastos grau 2 (AREB-2) e instituída terapêutica com corticóide sistémico para controlo da febre. As mutações FLT3 e NPM1 são comuns na LMA, e apesar de raras nos SMD, quando presentes estão associados a maior progressão para LMA. Representam ainda potenciais alvos terapêuticos, assumindo um papel de relevo na predição do prognóstico. A mutação NPM1 está associada a um prognóstico favorável nos doentes idosos com LMA e cariótipo normal.

PO-08-75

LINFOMA PLASMABLÁSTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

José Guimarães, Natália Lopes, Marisol Guerra, Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O linfoma plasmablástico é um tipo raro e agressivo de linfoma não Hodgkin habitualmente descrito em doentes imunodeprimidos. Os autores apresentam um caso clínico que demonstra a dificuldade diagnóstica que esta patologia acarreta. Mulher de 78 anos com queixas de astenia, anorexia, perda de peso e omalgia direita, com um mês de evolução. Apresentava palidez mucocutânea e dor à mobilização do ombro direito. Analiticamente destacavam-se anemia normocítica (Hg 9.8g/dL), leucocitose (30,20x103/uL) com neutrofilia (51%), eosinofilia (33%) e colestase. Realizou ecografia abdominal que evidenciou múltiplos nódulos hepáticos. O TC toraco-abdomino-pélvico confirmou os achados hepáticos e evidenciou quatro lesões nodulares pulmonares e adenomegalias lomboaórticas. Foi então admitida no serviço de Medicina Interna para investigação de tumor primário. As imunoglobulinas A e E estavam aumentadas. A eletroforese de proteínas não mostrou pico monoclonal. Do estudo imagiológico a destacar: radiografia do ombro com lesão ao nível da articulação acrómio-clavicular; TC da coluna com lesão lítica no corpo de L2 e RM do ombro com evidência de lesão tumoral de 6cm, ao longo do úmero e ainda nódulo de 3.5cm ao nível do músculo supraespinhoso. O mielograma mostrou hipercelularidade e eosinofilia. A biópsia hepática não foi conclusiva. A biópsia óssea evidenciou hiperplasia granulocítica e discreta plasmocitose. O diagnóstico final foi obtido através da biópsia do nódulo muscular que foi compatível com linfoma plasmablástico. Foi orientada para o Serviço de Hematologia. A evolução foi desfavorável vindo a falecer dois meses após o diagnóstico. O diagnóstico diferencial com outras doenças linfoproliferativas ou distúrbios dos plasmócitos é difícil. Os autores destacam a importância de uma investigação etiológica detalhada e da integração dos dados semiológicos, laboratoriais, imagiológicos e anatomopatológicos para a obtenção de um diagnóstico final.

PO-08-76

AGRANULOCITOSE MEDICAMENTOSA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Tiago Alves, Inês Coelho, Mário Santos, Lara Adelino, Teresa Filomena, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA II

INTRODUÇÃO: A agranulocitose, descrita pela primeira vez em 1922 por Schultz, caracteriza-se por redução acentuada da série granulocítica no sangue. Clinicamente manifesta-se por lesões ulcerativas de mucosas com maior acometimento da mucosa oral e gastrointestinal, bem como por quadros infecciosos recorrentes e potencialmente fatais. CASO CLÍNICO: Mulher de 60 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dor crónica e depressão, medicada com Olmesartan, Trazodona, Mexazolam, Pregabalina, Metamizol, Ibuprofeno, Tapentadol, Paracetamol+Tramadol, Diazepam, Lanzoprazol, Prednisolona e Flupirtina que recorreu ao serviço de urgência por lesões ulcerativas a nível da cavidade oral, disfagia e febre. Analiticamente destacava-se neutropenia grave com parâmetros de inflamação elevados. Admitiu-se quadro de neutropenia febril de etiologia a esclarecer, iniciando antibioterapia de largo espectro. Para estudo etiológico da neutropenia realizou medulograma que revelou serie granulocitária 0% e biópsia óssea compatível com medula hipocelular (tecido adiposo 75%), evidenciando diminuição marcada da série mielóide, hiperplasia relativa da série eritroide e série megacariocítica mantida. As serologias virais, pesquisa de agentes com tropismo medular e mieloculturas foram negativas. Estudo da autoimunidade, electroforese de proteínas e imunofixação sérica e urinária sem alterações. Exames imagiológicos sem alterações de relevo. Após discussão do caso com a Hematologia iniciou factores de crescimento medular, mas com fraca resposta. Perante o quadro assumiu-se o diagnóstico de provável agranulocitose secundária a toxicidade medicamentosa. O internamento foi pautado por várias intercorrências infecciosas, acabando a doente por falecer ao 34º dia de internamento na sequência de choque séptico. CONCLUSÃO: Este caso mostra um extremo da iatrogenia medicamentosa associada à polimedicação, destacando a importância de ponderar sempre o risco/beneficio aquando da prescrição medicamentosa.

PO-08-77

CAUSAS MENOS COMUNS DE ANEMIA FERROPÉNICA

Ana Verónica Varela, Margarida Viana Coelho, Tânia Gago, Mihail Mogildea, Armindo Figueiredo
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE- UNIDADE DE FARO

A anemia por défice de ferro pode ser causada por: perdas, aumento da demanda, estados de carência nutricional ou alterações de absorção. A vitamina C é adjuvante na absorção do ferro mas muitas vezes são descorados os inibidores da absorção do mesmo, como são exemplo os fosfatos, tanatos e oxalatos. As perdas gastrointestinais são as mais comuns, contudo é importante relembrar que através do suor, em pessoas com elevada actividade física/treino de endurance, a perda de ferro por esta via pode ser significativa. Descreve-se caso de mulher de 45 anos, referenciada à consulta por anemia conhecida há mais de 15 anos, com agravamento nos últimos 8 e refractária a tratamento com ferro oral e endovenoso. Destaca-se a paciente ser atleta (corredora de fundo), tendo treinos diários intensivos e o consumo de >4L de chá por dia. Tinha queixas de astenia e diminuição de resistência para o exercício físico. Negou qualquer tipo de perda hemática visível para além de menstruação de 4 dias com fluxo mediano. Analiticamente apresentava padrão de anemia ferropénica: Hb 105g/L; VGM 68 fL; CHGM 320g/L; Ferro 27; Ferritina 6; Sat trasferrina 7; (Capacidade de fixação de ferro) TIBC 470. Do restante estudo não se objectivou nada de relevante (Endoscopia digestiva alta e colonoscopia total normais). Após excluídas causas mais comuns optou-se por manutenção de terapêutica com ferro oral e foi explicada a necessidade de suspensão/redução do consumo de chá (composto por tanatos). Em consulta de reavaliação a doente apresentava melhoria de sintomatologia e de valores analíticos de anemia, sendo que, após um ano, encontra-se com Hb 131 g/L, VGM 86fL, CHGM 326g/L; Fe 61; Sat. transferrina 21; ferritina 23 e TIBC 320. Este caso tem a particularidade de relembrar que existem causas menos comuns de anemia ferropénica, sendo elas, a perda de ferro pelo suor e os quelantes naturais de ferro, que embora aparentemente menos relevantes acabam por ter importância clínica significativa.

PO-08-78

WATERMELON STOMACH: UMA CAUSA RARA DE ANEMIA

Jemima Patrocínio, Ester Freitas, Emília Leite, Fernando Aldomiro
HOSPITAL FERNANDO FONSECA-SERVIÇO DE MEDICINA 2

O Estômago em melancia ou ectasia vascular gástrica é uma causa rara de hemorragia gastrointestinal alta e anemia ferropenica, sendo responsável por 1,2% das hemorragias digestivas. A etiologia desta entidade clínica permanece desconhecida, verificando-se um predomínio no sexo feminino, sobretudo em idades mais avançadas. Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, raça caucasiana, com 86 anos de idade, com história conhecida de

hipertensão arterial e cardiopatia isquémica, que foi internada por um quadro caracterizado por melenas, astenia e prostração. Do exame objectivo destaca-se: doente prostrada, com palidez mucocutânea mas hemodinâmicamente estável; AC com sopro no foco aórtico III/IV; sem outras alterações relevantes. Realizou avaliação analítica, salientando-se a presença de anemia microcítica e hipocrómica com Hb de 7.5g /dl; ferro – 17 mg/dl; ferritina – 11 mg/d; transferrina – 240 mg/dl; capacidade total de fixação de ferro – 300 mg/dl; ácido fólico - 12 mg/dl; Vitamina B12 – 227 mg/dl; exame sumário da urina com 500 leucócitos e nitritos, mas com exame bacteriológico negativo; sem outras alterações relevantes. Para esclarecimento do quadro realizou estudo endoscópico que revelou "Ectasia vascular gástrica do antro (GAVE), tendo sido feita terapêutica com argon plasma, com sucesso." A doente fez transfusão de duas unidades de concentrado eritrocitário e iniciou reposição com ferro oral. Assistiu-se a uma melhoria clínica e laboratorial progressivas com as medidas terapêuticas instituídas, tendo a doente tido alta para a Consulta Externa de Medicina francamente melhorada. É de fundamental importância determinar a etiologia de uma anemia, pois o diagnóstico precoce permite uma atuação terapêutica eficaz, com um eventual impacto positivo no prognóstico.

PO-08-79

MASSA PARAVERTEBRAL COMO MANIFESTAÇAO DE LEUCEMIA TIPO ´HAIRY-CELLS´

Ana Filipa Pires, Ana Areia Reis, Zélia Lopes, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TAMEGA E SOUSA - SERVIÇO DE MEDICINA

Os autores apresentam pela raridade e pela marcha diagnóstica,o caso de um doente de 71anos,carpinteiro, internado no serviço de medicina com pneumonia a 26/09/2014,23/12/2014 e 12/02/2015,cujo tratamento antibiótico de primeira intenção e corticoterapia,resultou em evolução clinica e analitica favoráveis.Orientado para consulta externa.Estudo: Hb 10g/dl,trombocitopenia 123000,macrocitose e anisocitose,VS 106mm,VIH negativo,PSA normal,Mantoux negativa.Tomografia computadorizada(TC):adenopatias axilares e mediastinicas,áreas pulmonares em"vidro despolido",massa paravertebral em D9 com componente tecidular de D6-D1,com indefinição dos planos musculoadiposos,esplenomegalia e gânglios peri-celiacos.A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar evidenciou população de linfocitos com baixa relação CD4/CD8.Estudo bacteriologico,micobacteriologico e micologico e citologia negativos.Biópsia de massa paravertebral com linfoplasmocitose reactiva.Evoluiu com emagrecimento de 12kg,tosse seca,sem outras queixas focalizadoras.TC a18/2/2015 mantinha apenas massa paravertebral,proteinograma sem evidencia de bandas monoclonais.ImunoglobulinaG aumentada.Electroforese de proteínas urinárias normal.Pedida imunifenotipagem de sangue periférico e rebiópsia de massa paravertebral.Estudo imunofenotipico dos linfocitos do sangue periférico concluiu doença linfoproliferativa B com características de leucemia´hairy-cells´.Biópsia sugestiva de doença linfoproliferativa.Referenciado a consulta de Hematooncologia onde cumpriu quimioterapia com boa resposta clinica e hematológica.Conclusão:O diagnóstico de tricoleucemia, cuja apresentação se fez com infecções de repetição e infiltração de tecidos moles,foi realizado após um ano do primeiro internamento.Atraso justificado pela raridade da patologia,pelas múltiplas intercorrências e pelos resultados dos meios complementares.A medicina interna como especialidade holistica foi decisiva na marcha diagnóstica

PO-08-80

HEMOFAGOCITOSE E FEBRE

João Gonçalves, Joana de Castro Rocha, João Neves, Inês Furtado, Fernando Gonçalves, Nuno Sá, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Sindrome hemofagocitico é uma entidade clínica rara e com atingimento mais frequente em idade pediatricas. Contudo, apresenta uma alta letalidade e o outcome depende do seu reconhecimento precoce. O surgimento no adulto é mais raro mas pode complicar o curso de doença neoplásica, infeciosa e autoimune Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos com antecedentes de doença cerebrovascular. Admitido no internamento para estudo de febre sem foco, síndrome constitucional e pancitopenia. TC toraco-abdomino-pelvico a revelar a presença de adenopatias generalizadas e hepatoesplenomegalia. Realizado ecocardiograma torácico a levantar suspeita da presença de vegetações aderentes a válvula aórtica tendo neste contexto iniciado esquema de antibioterapia empírica dirigida a endocardite de válvula nativa mas sem melhoria sustentada do quadro febril vindo a desenvolver exantema macular e púrpura disperso com predomínio centrípeto. Realizada biopsia de gânglio cervical, medula óssea e pele. Pela presença de alterações do perfil hepática em doente sem trombocitopenia proibitiva que complicou com choque hemorrágico. Admitido nos cuidados intensivos após laparotomia explorada. Objetivou-se agravamento da pancitopenia, hiperferritinemia assim como desenvolvimento de rabdomiolise e hipertrigliceridemia. A histologia ganglionar e medular revelou a presença de linfoma difuso de grandes células B com infiltração medular e achados de hemofagocitose. A biopsia cutânea revelou a presença e de dermatose neutrofilica e a biopsia hepática revelou achados compatíveis com hepatite cronica com infiltração linfocitária. O doente veio a falecer na sequência de desenvolvimento de disfunção multiorgânica Este caso reforça a importância de considerar o desenvolvimento de sindrome hemofagocitico durante o estudo de quadros febris prolongados. O reconhecimento precoce e intervenção atempada são essenciais na abordagem desta patologia.

PO-08-81

SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO IGG1Λ – CASO CLÍNICO

João Pedro Gomes, Flávio Costa, David Donaire, José Correia Bernardes, Benilde Barbosa, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho.
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A síndrome de hiperviscosidade (SH) é composta por sintomas e sinais causados pela alteração da oxigenação tecidular, devido à viscosidade aumentada do sangue. Esta entidade clínica é uma complicação incomum (4,2%) nos doentes com mieloma múltiplo (MM). Caso Clínico: Homem, 83 anos, com lombalgia crónica, de ritmo misto, com 5 meses de evolução. Analiticamente, apresentava anemia macrocítica (hemoglobina de 12,1 g/dL; VGM 100,5 fL), trombocitopenia (141x109/L), hiperproteinemia (9,0 g/dL), hipoalbuminemia (2,8 g/dL) e hipercalcemia (9,6 mg/dL). O proteinograma eletroforético apresentava pico monoclonal na fração beta (componente monoclonal de 3,56 g/dL). A imunofixação sérica determinou ser do subtipo IgG1λ (IgG1 44,5 g/dL; cadeias λ 36,3 g/dL) com β2-microglobulina sérica de 4,35 mg/dL e 20% de plasmócitos atípicos no medulograma. A radiografia do esqueleto apresentava lesão do corpo de L2 com colapso e osteopenia generalizada, firmando-se o diagnóstico de MM. Iniciou-se terapêutica com dexametasona, 40 mg, 2 vezes por semana e ciclofosfamida, 60mg id. Ao 9.º dia de internamento o doente iniciou desorientação espacial e heteroagressividade, sem febre ou outras alterações. A fundoscopia não foi elucidativa por falta de colaboração do doente. Do estudo complementar, destacava-se aumento da creatininemia (1,53 mg/dL), da proteína C reactiva (2,69 mg/dL) e hiperproteinémia (9,5 g/dL). Radiografia torácica e fita-teste de urina sem alterações. A TC crânio-encefálica não apresentava alterações agudas. Admitiu-se a hipótese de SH e realizou-se plasmaferese, verificado-se melhoria dos sintomas neurológicos nas 24 horas seguintes, com diminuição da hiperproteinemia (7,4 g/dL). Conclusão: A SH é uma síndrome incomum em doentes com MM, particularmente no subtipo IgG. Surge habitualmente com hiperproteinemia mais elevadas, o que não se verificou neste doente. A plasmaferese é a terapêutica ideal, devendo iniciar-se precocemente face a uma forte suspeição clínica.

PO-08-82

LINFADENITE GRANULOMATOSA – (MAIS) UM CASO

Rosa Cardoso, Pedro Gonçalves, David Araújo, Isabel Silva, Margarida Monteiro, Manuela Vasconcelos
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Linfadenite granulomatosa inclui causas infecciosas e não infecciosas - nestas de inclui a tuberculose e os Linfomas Hodkin e não-Hodgkin.

O Linfoma difuso de grandes células constitui 30 a 58% de todos os Linfoma não Hodgkin. Objetivos:Descrever caso de doente com Linfadenite Granulomatosa, internada por Lesão renal aguda e infecção urinária, com prossecução do estudo etiológico do antecedente. Caso clínico: Feminino, 85 anos, dependente, antecedentes de linfadenite granulomatosa (documentada em biópsias ganglionares aspiravas). Sem outros antecedentes relevantes. Internada para correção de lesão renal aguda e infeção do trato urinário. Do estudo analítico realizado: anemia microcítica hipocrómica, lesão renal aguda, aumento dos parâmetros inflamatórios, hemoculturas negativas e urocultura com isolamento de Proteus Mirabillis multissensível. Após resolução dos distúrbios apresentados teve como intercorrência infeção respiratória nosocomial. Após os 2 ciclos de antibioterapia mantinha-se febre persistente associada a agravamento progressivo do estado geral. Realizou novo rastreio séptico, sem isolamentos; TC de tórax descrevia múltiplas adenopatias hilares, mediastínicas e supraclaviculares, a maior com 4,1 cm de diâmetro. Instituídos antibacilares (hipótese de tuberculose ganglionar) e realizada biópsia ganglionar excisional. Ao 2º dia de antibacilares, quadro de icterícia, tendo vindo a falecer ao 3º dia. Anátomo-patologia revelou Linfoma Difuso de Grandes Células B, com marcação para CD20+/CD 3+/CD5+/CD7+/bcl2 +/bcl6+. Conclusão: Pretende-se relembrar a importância do diagnostico diferencial de Linfadenite Granulomatosa, pela frequência significativa na pratica clinica e pela variedade de patologias que lhe podem estar associadas, com diferentes terapêuticas e prognósticos, assim como a dificuldade na decisão terapêutica das situações em que o clinico não tem todos os dados necessários para uma sustentação óbvia do caminho terapêutico a seguir.

PO-08-83

UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA, DÉFICE DE VITAMINA B12 OU AMBAS ?

Rui Morais, Patrícia Vicente, Maria Baldo, Filipa Marques, Cândida Fonseca, Ana Leitão, Luís Campos
UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO MEDICINA III, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, LISBOA, PORTUGAL

Caso Clinico: Mulher, 74 anos, recorre ao SU por dispneia paroxística nocturna, cansaço para pequenos esforços e palpitações com quatro dias de evolução. Tinha também quadro arrastado de palidez. Antecedentes: hipertensão arterial, Diabetes mellitus 2, obesidade, consumo de álcool e alimentação carenciada em proteína animal. Medicada com hipotensores e metformina. Objetivamente lentificação psicomotora, palidez mucocutânea,subcterícia, taquicárdia e evidência de sobrecarga hídrica. Analises: Hemogloblina 6,8g/dl, VGM 124,2 fl; função renal sem alterações, NTproBNP 4830 pg/ml. Ecocardiograma: Ventrículo esquerdo dilatado, septo espessado e função sistólica preservada. Admitida IC descompensada por anemia, cujo estudo revelou: índice reticulocitário baixo, esfregaço de sangue periférico com neutrófilos com núcleo hipersegmentado e macrovalócitos, deficit de folatos e vitamina B12, alterações sugestivas de anemia hemolítica e hipertiroidismo subclínico. Serologias virais negativas, Coombs directo e indirecto negativo, Anticorpos anti-célula parietal e anti-factor intrínseco negativos. Endoscopia digestiva alta sem alterações, Helicobacter pylori negativa. Conclusão: Admitida IC descompensada por anemia por carência de vitamina B12, multifatorial - alimentação deficitária, hábitos etílicos e terapêutica com metformina. Após a exclusão das principais causas de hemólise, foi admitida uma causa rara: hemólise intramedular em contexto de défice de vitamina B12. Realizou Cianocobalamina IM diário durante a 1ª semana e posteriormente 2000 ug oral com boa resposta hematológica e resolução da hemólise.

PO-08-84

ICTERÍCIA OBSTRUTIVA COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN B

Carolina Pavão, Pedro Duarte, César Lourenço, Ana Cordeiro, Teresa Fernandes, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

Os linfomas não Hodgkin (LNH) representam cerca de 85% de todos os linfomas. Ao contrário da doença de Hodgkin, cujo número de novos casos permanece estável, a incidência anual de LNH tem aumentado progressivamente. A icterícia obstrutiva é uma forma de apresentação pouco frequente dos linfomas e apenas 0,5 a 2% dos casos de icterícia obstrutiva são provocados por linfomas. Apresenta-se o caso clínico de um homem de 63 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorre ao SU por um quadro clínico com 3 semanas de evolução de dor abdominal difusa, anorexia e perda ponderal. Ao exame objectivo salienta-se icterícia das escleróticas e pele, massa epigástrica e periumbilical palpável. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se padrão de citocolestase com hiperbilirrubinémia; Tomografia computorizada (TC) abdomino-pélvica com espessamento da parede da via biliar, envolvimento ganglionar retroperitneal difuso e formações nodulares em relação com rim e supra-renal esquerdos. Por suspeita de doença linfoproliferativa realizou-se biópsia incisional de adenopatia mesentérica e iniciou-se corticoterapia até resultado histológico, com franca melhoria da função hepática e sem necessidade de drenagem biliar. Resultado histológico demonstrou infiltração por LNH de células B com morfologia e perfil imunohistoquímico compatível com Linfoma Difuso de Grandes Células (DGC). Diagnóstico definitivo de LNH B DGC, estadio II A (não bulky), Internatonal Prognosis Index (IPI) 2 e Age Ajusted IPI 1. TC de controlo após 4 ciclos de R-CHOP (esquema de quimioterapia com Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristna, Prednisolona) com remissão completa do envolvimento tumoral inicial. Este caso mostra que a hipótese de linfoma deve ser considerada no diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva. A sobrevivência global e sobrevivência livre de progressão melhoram significativamente após a introdução do Rituximab e com a melhoria dos cuidados de suporte.

PO-08-85

UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO MÚLTIPLO - UM ERRO NUNCA VEM SÓ!

Patrícia Vicente, Maria João Baldo, Rui Morais, Filipa Marques, Inês Araújo, Cândida Fonseca, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL - UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO MEDICINA UNIDADE FUNCIONAL 3

INTRODUÇÃO: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma patologia que frequentemente está associada a neoplasias, sendo a sua exclusão essencial, especialmente em doentes com mais de 40 anos. CASO CLÍNICO: Homem, 80 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo prévio, gastrectomia parcial (GP) por úlcera há mais de 10 anos, neoplasia maligna da próstata submetido a radioterapia há 7 anos. Referenciado ao SU por angor, durante prova de esforço positiva por critérios clínicos, associada a cansaço progressivo e aperto torácico em esforço nas últimas semanas. Exame objectivo sem alterações. Sem alterações electro e ecocardiográficas, troponinas negativas. Admitido angor instável, realizou coronariografia que não mostrou lesões. Durante o internamento apurada história de trombose venosa profunda no ano anterior e TEpulmonar 6 meses antes, anticoagulado com rivaroxabano, que suspendeu. O estudo etiológico realizado na altura não revelou alterações analíticas ou imagiológicas, apenas trombocitose ligeira. Realizou angioTC torácica que evidenciou TEP crónico. Por referir cefaleias, realizou angioTC cerebral que mostrou sequelas de trombose do seio lateral esquerdo. Do estudo etiológico destacam-se: Hb 15g/dl, trombocitose (178.000), ferro 32ug/dl, ferritina 13.3ng/ml, saturação transferrina 8%, ecografia abdominal com hepatosplenomegalia ligeira, endoscopia digestiva alta com GP e gastrite enantemosa. Pela hipótese de Síndome Mieloproliferativo, realizou estudo da mutação v617F do gene JAK2 que confirmou Policitémia Vera (PV). Ficou hipocoagulado com varfarina e inicou hidroxirureia. CONCLUSÃO:Os autores alertam para dois factos importantes que atrasaram os diagnósticos: de TEpulmonar (colheita incompleta da história clinica que condicionou a realização de um procedimento invasivo, inútil) e de PV, pela inicial desvalorização da trombocitose ligeira no contexto de ausência de policitémia, provavelmente induzida pela ferropénia secundária à má absorção.

PO-08-86

ANEMIA PERNICIOSA COM DOSEAMENTO DE VITAMINA B12 NORMAL

João Galaz Tavares, Bernardo Baptista, Bebiana Gonçalves, Alexandra Bayão Horta, João Sá
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL DA LUZ

A deficiência de vitamina B12 apresenta-se classicamente por neuropatia e insuficiência medular, traduzindo-se na presença de citopénias com alterações displásicas podendo ser confundida com os síndromes mielodisplásicos. Apesar do diagnóstico actual de anemia perniciosa se basear no doseamento de vitamina B12 através de um ensaio automatizado, estão descritos falsos negativos que podem ser secundários à presença de anticorpos anti-factor intrínseco. Os autores apresentam o caso de uma doente de 49 anos, com antecedentes de psoríase, síndroma depressiva com agravamento no mês precedente ao internamento e acroestesias no último ano, admitida no Serviço de Urgência por astenia, odinofagia e febre com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava uma pancitopenia com anemia macrocítica (Hb 7.3g/dL, VGM 111 fl), VS 67 mm/h e LDH 2668 U/L. O doseamento de vitamina B12 apresentava-se dentro dos valores de referência (525ng/L), com franca positividade do anticorpo anti-factor intrínseco (92,9 U/mL). Iniciou-se cianocobalamina intra-muscular (IM) com excelente resposta laboratorial (reticulocitose ao 3º dia) e uma melhoria sintomática lenta mas significativa tendo a doente ficado assintomática após 1 ano de seguimento. A endoscopia digestiva alta mostrou atrofia do fundo e corpo gástrico. O mielograma e biópsia óssea (realizados após três dias de cianocobalamina) mostraram sinais moderados de displasia trilinhagem. Este caso pretende alertar para a interpretação cuidadosa dos doseamentos de vitamina B12 e para a necessidade de realização de outros exames perante uma elevada suspeita clínica. Do conhecimento dos autores, existem apenas uma dezena de casos de anemia perniciosa com doseamentos de vitamina B12 dentro dos valores de referência. Sublinha-se a necessidade de um diagnóstico diferencial com os síndromes mielodisplásicos cuja forma de apresentação pode ser indistinguível da anemia perniciosa, sendo a terapêutica completamente diferente.

PO-08-87

QUANDO O FÁRMACO NÃO É INÓCUO

Mário Rodrigues, Vera Salvado, João Azeredo, Joana Rodrigues, Madalena Coutinho, Rodrigo Leão, Luis Dias, Anabela Nunes
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ – UF MEDICINA 1.2

Introdução: A trombocitopénia imune induzida por fármacos é uma situação rara mas que pode ter consequências graves. Aquela associada aos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa, como o abciximab, pode ocorrer desde horas até 1-2 semanas após a sua administração. Caso Clínico: Homem de 62 anos, com factores de risco cardiovascular, foi admitido no Serviço de Cardiologia por EAM; realizou cateterismo que revelou doença coronária de 3 vasos, com oclusão completa das artérias descendente anterior e coronária direita, tendo sido submetido a colocação de stent com uso de abciximab. Teve alta medicado com dupla antiagregação (AAS e clopidogrel) e acenocumarol, por evidência de trombo ventricular apical. 5 dias depois recorre ao Serviço de Urgência por quadro compatível com insuficiência cardíaca descompensada e discrasia hemorrágica mucocutânea; analiticamente apresentava trombocitopénia grave (3000 plaquetas), INR 2,2, aPTT 41. Admitindo-se reacção idiossincrática a abciximab instituiu-se imunoglobulina e corticoterapia. Posteriormente, desenvolveu quadro de insuficiência respiratória aguda por hemorragia alveolar, com passagem por Unidade de Cuidados Intensivos, para ventilação invasiva e suporte aminérgico. Constatou-se melhoria clínica paulatina, com estabilização plaquetária, o que possibilitou desmame da corticoterapia e reinstituição seriada da dupla antiagregação e de anticoagulação, por persistência de trombo cardíaco. Teve alta melhorado, após 3 meses de internamento, e referenciado às Consultas de Hipocoagulação e Cardiologia. Conclusão: A trombocitopénia imune por fármacos pode ter complicações graves e frequentemente fatais, como a hemorragia alveolar difusa. É tratada com suspensão do fármaco em questão, podendo haver necessidade de transfusão de plaquetas se hemorragia grave ou em situações específicas. O papel da corticoterapia, imunoglobulina e plasmaferese ainda não está bem estabelecido.

PO-08-88

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITÁRIO – UM ACHADO ACIDENTAL

Joel Pinto, Marta Oliveira, Sara Pinto, Susana Cavadas
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

Introdução: O plasmocitoma extramedular solitário (PES) é uma manifestação rara de proliferação monoclonal de células plasmáticas localizada em 90% dos casos na cabeça e pescoço. O diagnóstico é anátomo-patológico, sendo necessário excluir mieloma múltiplo (MM) e invasão medular. Caso Clínico: Homem, 86 anos, hipertenso, internado para estudo de anemia. Referia apenas astenia, negando perdas hemáticas. Ao exame objetivo apresentava palidez cutâneo-mucosa, lesão cutânea na base da fossa nasal direita, dura, móvel, indolor, ulcerada e bordos bem definidos; sem outras alterações, nomeadamente ao toque retal. Analiticamente destacava-se: anemia ferropénica (hemoglobina 4.8g/dL, reticulócitos 3.3%, ferro 39µg/dL, ferritina 10ng/mL, esfregaço de sangue periférico com rouleaux, anisocitose, microcitose e hipocromia); ureia 132 mg/dL, creatinina 2.24 mg/dl, velocidade sedimentação 36mm, microalbuminúria de 225.04 mg/24h, eletroforese sérica e urinária sem alterações. Do restante estudo complementar: radiografia do esqueleto, tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica e endoscopia digestiva baixa sem alterações. Na endoscopia digestiva alta era visível lesão de Dieulafoy duodenal com hemorragia ativa de baixo débito, tratada com endoclips. Resultado anátomo-patológico de biópsia de lesão cutânea compatível com plasmocitoma. Foi orientado para consulta de Hematologia, tendo feito medulograma que excluiu MM. Foi submetido a radioterapia local. Mantém seguimento em consulta de medicina com melhoria dos valores de hemoglobina e da função renal. Conclusão: Os plasmocitomas extramedulares são quase sempre lesões únicas, altamente radiossensíveis, com elevada taxa de cura (recidiva local inferior a 7% e progressão para MM entre 10-15%). A ausência de anemia e lesão renal devido a discrasia de células plasmáticas é um dos critérios para o diagnóstico. No caso apresentado, a hemorragia digestiva foi o agente etiológico de ambas, sendo o diagnóstico de PES acidental.

PO-08-89

POLICETEMIA VERA

Joana Serôdio, Joana Carneiro, Miguel Morgado, Amanda Rey, Helena Vilaça, Anabela Brito, Manuel Barbosa, Elsa Araújo, Ana Paula Brandão
HOSPITAL CONDE DE BERTIANDOS - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

INTRODUÇÃO: A Policetemia Vera é uma doença mieloproliferativa rara com aumento habitual de todas as linhagens celulares, mais marcado da llinhagem vermelha. Pode ter um largo espectro de apresentações, sendo as mais comuns o aumento persistente do hematócrito, os eventos trombóticos, esplenomegalia, e queixas inespecíficas de fraqueza, mal-estar, tonturas, prurido cutâneo e alterações gastrointestinais. CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 67 anos, com hipertrofia benigna da próstata, hiperuricemia sintomática. Apresenta-se com quadro pós-infeccioso de poliartrite gotosa exuberante com necessidade de terapêutica intra-articular e oral. Notada leucocitose persistente apesar de melhoria dos restantes parâmetros inflamatórios, associada a trombocitose. Após suspeição clínica, confirmado o diagnóstico de Policetemia Vera com presença de mutação JAK 2, eritropoietina diminuída e hipercelularidade característica no mielograma. Durante o follow-up do doente constatada sequência entre aumento das linhagens celulares com consequente aumento da hidroxiureia, e surgimento de artrite gotosa, sendo estas menos frequentes nos períodos de tempo de melhor controlo da Policetemia Vera. DISCUSSÃO: A Policetemia Vera apresenta um diagnóstico nem sempre fácil, tanto pela sua raridade, como pela possibilidade de uma apresentação parca. Este caso vem demonstrar ainda a relação existente entre a hiperuricemia e esta doença mieloproliferativa.

DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS LCD #9

PO-09-01

DISPLASIA NEUROENDÓCRINA ASSOCIADA À SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE

Nadejda Potlog, Isabel Almeida, Antonio Marinho, Carlos Vasconcelos
HOSPITAL SOUSA MARTINS, ULS GUARDA; UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA DE CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Introdução: Descrita pela primeira vez em 1912, a Síndrome Poliglandular Auto-imune (SPA) caracteriza-se pela existência de doenças imunologicamente mediadas em pelo menos duas glândulas endócrinas, podendo coexistir envolvimento de outros órgãos de foro não endocrinológico. Os tumores neuroendócrinos (TNE) gastrointestinais incluem um espectro de neoplasias com diferentes características clínico-patológicas, mecanismos patogénicos e prognóstico, dividindo-se em 2 grupos: tumores dependentes da gastrina (tipo I e II) e independentes da gastrina (tipo III). Os TNE gástricos tipo I derivam das células enterocromafins de mucosa gástrica e representam a maioria dos casos, podendo estar associados à gastrite atrófica e à anemia perniciosa. Caso clínico: Doente de sexo feminino, 65 anos de idade, seguida na consulta de doenças auto-imunes por SPA tipo III (Tiroidite de Hashimoto, Diabetes Mellitus tipo1, Vitiligo, Anemia perniciosa e Síndrome de Sjogren), suplementada cronicamente com vitamina B12 e assintomática ao longo de vários anos com a terapêutica instituída. Com a instalação recente de uma anemia microcítica, iniciámos um exaustivo estudo etiológico que conduziu ao diagnóstico de anemia ferripriva em contexto de gastrite atrófica e displasia neuroendócrina (através de estudo endoscópico e exame imuno–histoquímico) que corresponde a uma entidade enquadrada no grupo dos TNE tipo I. A doente foi submetida à polipectomia e iniciou terapêutica com ferro endovenoso, com melhoria de anemia. Discussão: O caso descrito é ilustrativo de desenvolvimento de displasia neuroendócrina associada à anemia perniciosa. Conclusão: A maior propensão para os doentes com gastrite atrófica desenvolverem um TNE alerta para a necessidade de vigilância clínica, analítica e imagiológica desses pacientes.

PO-09-02

PANICULITE PANCREÁTICA: RELATO DE DOIS CASOS

Carla de la Guerra, Idoia Madariaga, Ana Santander, Mayte Rámiz, Goizalde Solano, Aitor Glez de Audikana, Judit Rodríguez, Rafael Estrada, Mireia de la Peña, Ricardo Franco, Daniel Solano, Felipe de Miguel, Iñigo Mtnez de Lizarduy, Aitor Fdez de Larrinoa
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO, BILBAO, ESPANHA. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: a paniculite pancreática ou necrose gorda subcutânea é uma doença rara que coloca um desafio diagnóstico e terapêutico. MÉTODOS: CASO 1: Mulher de 50 anos, com antecedentes pessoais de pancreatite crónica idiopática, internada por aparecimento de nódulos eritematosos e dolorosos nos membros inferiores, sem sinais de sobreinfeçao, que resolveram-se deixando cicatrizes atróficas como sequelas (fig 1). Analiticamente destaca-se amilase e lipase elevadas junto de anemia, leucopenia e plaquetopenia. A biópsia cutânea identificou paniculite, sem evidência de doença linfoproliferativa. Na investigaçao de extensão (gammagrafia, medula óssea), não foi constatada a afectaçao de tecidos adiposos noutros locais. Iniciou-se terapêutica sintomatica, sem recorrência cutânea mais tarde. CASO 2: mulher de 58 anos com história de etilismo crónico, foi internada por aparecimento de nódulos eritematosos, dolorosos e de conteúdo oleoso nos membros superiores e inferiores (fig 2), e febre. Realizou-se uma tomagrafia abdominal com dados de pancreatite crónica. A biópsia cutânea confirmou o diagnostico de paniculite. Iniciou-se tratamento com corticoides e enzimas pancreáticos, mas a sua evoluçao foi desfavorável. DISCUSSÃO: a paniculite pancreática é uma doença rara, associada a doenças pancreçaticas benignas e malignas. É caracterizada pelo aparecimento de nódulos eritematosos, dolorosos, localiçados nos membros inferiores, com tendência a desaparecer deixando cicatrizes atróficas. Podem ocorrer antes, durante ou semanas após o diagnóstico da doença pancreática. Acompanham-se de enzimas pancreáticas elevadas e precisa-se da biópsia cutânea para confirmar o diagnóstico. O tratamento é sintomático. A evolução e o prognóstico são determinados pela doença subjacente. CONCLUSÕES: é importante reconhecer estas lesões pois podem ser um marcador precoce da doença pancreática, e porem somos forçados a realizar um estudo da doença subjacente, mesmo na ausência de outros sintomas.

PO-09-03

ONDE ESTÁ WALLY? UM CASO DE NEOPLASIA SECUNDÁRIA

Cristiano Silva Cruz, Valentina Tosatto, Carina Silva, Sara Campos Silva, Paula Nascimento, Catarina Machado, Zsofia Vesza, Matteo Boattini, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL SANTA MARTA, SERVIÇO MEDICINA 4

INTRODUÇÃO: As neoplasias de origem primária desconhecida (NOPD) têm prognóstico reservado. Ausência de clínica sugestiva, rápida disseminação, agressividade e imprevisibilidade da metastização, são características comuns; por vezes a neoplasia secundária é a única manifestação. São geralmente refratárias a tratamentos sistémicos, e na sua maioria, com intuito paliativo. CASO CLÍNICO: Mulher de 82 anos, com história de hipertensão arterial, dislipidémia, status pós-pleurisia na infância e status pós-colecistectomia 4 anos antes por colecistite crónica litiásica (confirmada na revisão de lâminas). Doença atual teve início nos 2 meses prévios, por derrame pleural (DP) direito inaugural compatível com etiologia metapneumónica. Foi internada 4 dias após alta por oclusão intestinal (tumor oclusivo sigmoideu), tendo sido submetida a resseção do tipo Hartmann e construção de colostomia. Histologia de peça cirúrgica do cólon mostrou neoplasia epitelial sem invasão ganglionar ou de margens, compatível também com foco secundário de origem primária pancreático-biliar. Elevação de CA 19.9 de 85 para 343 U/mL, e reavaliação imagiológica por TC abdominal sem evidência de tumor primário. É re-internada 6 semanas depois por recidiva de DP, cuja biópsia pleural foi desta vez concordante com foco secundário de origem primária pancreático-biliar. Colangio-RM sem lesão pancreático-biliar, com carcinomatose peritoneal extensa. Restante estudo inocente. Face ao quadro de NOPD metastizada, doente teve alta orientada para consulta de Oncologia (eventual início de quimioterapia). CONCLUSÃO: A abordagem das NOPD exige amplo conhecimento de fisiopatologia; a histologia, imagem e avaliação analítica são cruciais para a sua identificação. Este caso, conquanto sem identificação do tumor primário, permitiu a caracterização histológica para orientação de futura terapêutica sistémica. Embora a descrição de casos seja ampla, a abordagem de NOPD não tem reunido consenso.

PO-09-04

COLITE A CMV NO CONTEXTO DE IMUNOSSENESCÊNCIA

Sara Santos, Sara Marote, João Vasco Barreira, Joana Ferrão, Diego Carrasco
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2.3 DO HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

Citomegalovírus (CMV) é um herpes vírus humano cuja seroprevalência varia de 40-100% da população adulta; o espectro da doença depende do estado imunitário do hospedeiro. Apresenta-se o caso de uma mulher de 95 anos, com antecedentes de hipotiroidismo, hipertensão arterial, talassémia minor e dislipidémia, que inicia quadro com doze dias de evolução de diarreia profusa, sem sangue, muco ou pús, associada a dor abdominal inespecífica, estando desidratada, com abdómen difusamente doloroso à palpação, mas sem defesa. Analiticamente constata-se leucocitose 23.700x10^9/L com neutrofilia 92%, proteína C reactiva (PCR) 20.1 mg/dL. As coproculturas, exame parasitológico das fezes e pesquisa de toxina de Clostridium foram negativas. Durante o internamento houve elevação da PCR e início de febre, máx 38,2ºC. TAC abdominal evidencia sigmoidite e rectite em continuidade e compromisso estenótico com componente de colite diverticular na transição descendente-sigmoideia. Admite-se diverticulite aguda, e medica-se com Ciprofloxacina e Metronidazol, sem melhoria significativa, mantendo dejecções abundantes, febre e dor abdominal, sendo as hemoculturas estéreis. Rectosigmoidoscopia que revela mucosa entre os 10-25cm da margem difusamente ulcerada, com exsudado disperso e áreas pseudo-polipóides, cuja análise histológica indica colite a CMV. Inicia terapêutica com Ganciclovir durante duas semanas, com melhoria sintomática e laboratorial e posterior dose de manutenção com

valganciclovir, tratamento que continuou em ambulatório. Conclusão: A colite a CMV no imunocompetente é rara, e no imunocomprometido causa substancial morbilidade e mortalidade. Imunosenescência é definida como a deterioração do sistema imunológico inerente ao envelhecimento. Perante este caso de colite numa doente sem patologia imunossupressora à excepção da sua idade, há que considerar a imunossenescência como factor predisponente a esta entidade e o impacto que tem na avaliação e abordagem do doente.

PO-09-05

DA PANCREATITE À HEMORRAGIA DIGESTIVA

Patrícia Serpa Soares, Pedro Febra, Ana Maria Grilo, Carlos Voabil, José Reina, José Vaz
SERVIÇO DE MEDICINA I, SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL – HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

A hemorragia digestiva alta é uma patologia comum no Serviço de Urgência, sendo na sua maioria secundária a doença ulcerosa péptica ou a rotura de varizes esofágicas. É no entanto importante relembrar causas menos frequentes, sendo fundamental uma história clínica cuidada na admissão. Descreve-se o caso de um homem de 80 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, doença cerebrovascular isquémica, aneurisma da aorta abdominal, trombose venosa profunda dos membros inferiores anticoagulado com acenocumarol, e internamento recente por pancreatite aguda necrotizante, admitido no Serviço de Urgência por quadro de hematemeses e rectorragias de início súbito, com instabilidade hemodinâmica. Analiticamente de salientar anemia aguda (Hb 5.8 mg/dL) e INR 6.8. Admitido no Serviço de Observação em choque hemorrágico, iniciou fluidoterapia, suporte transfusional, fitomenadiona e perfusão de inibidores da bomba de protões. Fez endoscopia digestiva alta que revelou orifício fistuloso de 14 mm no bulbo duodenal com acesso a loca pancreática com necrose e coágulos. O doente foi posteriormente transferido para o Serviço de Cirurgia Geral. Os autores pretendem destacar a fístula pancreática enquanto causa rara de hemorragia digestiva, bem como salientar a importância de uma abordagem pluridisciplinar no Serviço de Urgência.

PO-09-06

HIPOPROTEINÉMIA POR CAUSA DIFICILMENTE DIAGNOSTICADA

Vanessa Ventura Vieira, Tatiana Pires, Ana Machado, Leonor Monjardino, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A desnutrição calórico-proteica tem várias causas como o consumo inapropriado, absorção deficitária, aumento de perdas e estados hipermetabólicos. Os autores apresentam um caso de Hipoproteinémia por fístula entérica de difícil diagnóstico. Métodos: Revisão bibliográfica e de caso. Resultado: Homem de 68 anos, antecedentes de Gastrectomia e Bilroth tipo II por úlcera péptica há 20 anos, com múltiplos internamentos no Serviço de Medicina Interna por quadro com 6 meses de evolução de emagrecimento progressivo, dejecções diarreicas após refeições, cansaço fácil, dispneia para pequenos esforços e edemas generalizados. À observação: auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, abdómen com semiologia de ascite e edemas dos membros inferiores. Analiticamente: Hemoglobina 10.5 g/dl, Ureia 40 mg/dl, Creatinina 1.9 mg/dl, Proteínas totais 4.7 g/dl, Albumina 2.1 g/dl, função hepática não alterada, NT pro BNP 3141 pg/ml, Proteinúria 0.130 g/24h. Radiografia de tórax: derrame pleural à direita. Ecocardiograma:Fracção de ejecção de 62%. EDA com Gastrite crónica e com actividade H.pylori. Realizou 3 Colonoscopias com deteção e remoção de 17 pólipos (adenomas tubulares). Na 3ª colonoscopia verificou-se comunicação do cólon com o estômago ao nível do ângulo esplénico, sugestiva de fístula gastro-cólica, confirmada por clíster opaco e por RMN. O doente foi submetido a nutrição parentérica total e posteriormente a cirurgia de encerramento da fístula. Assistiu-se posteriormente a melhoria do estado geral e da sintomatologia. Conclusão: A situação apresentada, mostra a necessidade de pensar em enteropatias perdedoras de proteínas como a fístula entérica, perante um caso de hipoproteinémia. Por vezes os exames endoscópicos não revelam o diagnóstico precocemente, podendo ser necessário repeti-los para estabelecer um diagnóstico atempado e tratamento correcto.

PO-09-07

LINFOMA NÃO HODGKIN: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM

Ana Isabel Reis1, Maria Pia2,Joana Oliveira1, Diana Repolho1, Sara Freitas1, Ana Cristina Grilo1, Rosa Ferreira2, Fernando Martos Gonçalves1, Marília Cravo2, José Pimenta da Graça1
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA1, SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA2, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, LOURES

Apresentamos o caso de uma mulher de 64 anos que recorre ao serviço de urgência por dor abdominal difusa com 2 semanas de evolução, associada a vómitos alimentares, anorexia, perda ponderal (7Kg), icterícia, colúria, acolia e prurido. História de hipertensão arterial, síndrome de Sjogren e hipotiroidismo. Na admissão ictérica, abdómen doloroso à palpação no hipocôndrio direito, sem irritação peritoneal. Laboratorialmente, Hb 11,6g/dL, VGM 80fL, VS 101mm/h, bilirrubina conjugada 6,3 mg/dL, AST 199 UI/L, ALT 343U, FA 815 UI/L, GGT 1111 UI/L e LDH 280 UI/L. A ecografia abdominal exclui lesões focais hepáticas ou litíase biliar, com dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e interrupção abrupta na região intrapancreática. Internada com a hipótese de atipia das vias biliares ou pâncreas. Efetua TC toraco-abdomino-pelvica que revela pâncreas globoso na região da cabeça; rins com múltiplas lesões nodulares sólidas bilaterais; heterogeneidade do parênquima uterino multinodular; micronódulos torácicos; sem adenomegálias. Além destas alterações, a colangio-RM mostra pâncreas com hipersinal (T2) cefálico e da gordura envolvente e nódulo supra-renal e a ecoendoscopia mostrou ulcerações do bulbo (biopsadas). Assim é realizada CPRE com ETE e colocada prótese plástica. Submetida a biópsia dirigida por TC ao nódulo renal que, tal como a bióspia do bulbo, revela linfoma difuso, não Hodgkin, fenótipo B (CD20+,Bcl2 positivas,Ki67 >90%). Destaca-se beta2 microglobulina 3,28mg/L, mielograma e biópsia óssea sem alterações. Assumido o diagnóstico de linfoma não Hodgkin (LNH) difuso fenótipo B com envolvimento da via biliar, duodenal, renal, suprarrenal, pulmão e útero e referenciada à Hematologia. O LNH prefaz 62.4% das neoplasias linfoides e o Linfoma difuso de células B é o mais frequente; as doenças autoimunes são consideradas fator de risco. Neste caso, destaca-se a icterícia obstrutiva como primeira manifestação rara e o fato de não apresentar envolvimento ganglionar.

PO-09-09

SUBOCLUSÃO INTESTINAL – A PROPÓSITO DA IATROGENIA

Adriana Roque, Melissa Figueiredo, Margarida Eulálio, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A; CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A clozapina é um antipsicótico atípico com efeitos anticolinérgicos. Apesar de subvalorizada, a hipomotilidade intestinal induzida pela clozapina é frequente, com um espectro que varia da obstipação (25-60%) à oclusão intestinal (muito rara). CASO CLÍNICO: Mulher de 55 anos, com dor abdominal, vómitos biliares e ausência de trânsito para fezes com 4 dias de evolução. Sem febre ou outras queixas. História de múltiplas admissões no Serviço de Urgência nos 6 meses prévios por vómitos alimentares e obstipação, que cediam ao tratamento sintomático, no entanto sem esclarecimento etiológico. Antecedentes de esquizofrenia e epilepsia, medicada com ácido valpróico, fenitoína, clonazepam, haloperidol decanoato e clozapina 100mg 3id (introduzida 6 meses antes). Ao exame objectivo evidenciava abdómen doloroso, sem defesa ou outros sinais de irritação peritoneal, timpanismo difuso e ruídos hidroaéreos diminuídos. Analiticamente, sem alterações, nomeadamente desequilíbrios hidroeletrolíticos ou da função tiroideia. Radiografia simples do abdómen mostrava marcada distensão cólica com níveis hidroaéreos. Iniciou terapêutica sintomática com metoclopramida, lactulose, enemas e fluidoterapia. Realizou colonoscopia com preparação retrógrada, que mostrou fezes no lúmen intestinal, sem lesões da mucosa. Pela relação temporal entre as queixas e o início da terapêutica, foi colocada a hipótese de iatrogenia à clozapina, pelo que esta foi suspensa. Nos dias seguintes, houve resolução progressiva do quadro

suboclusivo, tendo alta duas semanas depois, com boa tolerância alimentar e com trânsito intestinal regularizado. O caso foi notificado ao INFARMED. CONCLUSÃO: A hipomotilidade intestinal é um efeito adverso usualmente benigno associado à clozapina. No entanto, com este caso pretende realçar-se a importância de vigiar e reconhecer precocemente os potenciais efeitos adversos medicamentosos, de forma a reduzir o risco de complicações graves.

PO-09-10

ÚLCERA PÉPTIDA COMO PONTA DO ICEBERG

Patrícia Aranha, Margarida Cortes, Friederika Fluck, Samuel Fernandes, Frederica Faria, Luís Brito-Avô, José Luís Ducla-Soares
SERVIÇO DE MEDICINA 1, HOSPITAL DE SANTA MARIA - CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

A hemorragia digestiva alta é uma situação desafiante no Serviço de Urgência (SU), pelo risco potencial de vida que representa, e a doença ulcerosa péptida a sua principal causa. Apresenta-se mulher de 68 anos que recorre ao SU por quadro de 12 dias de evolução com astenia e melenas. Antecedentes de cardiopatia hipertensiva, hipotiroidismo e dislipidemia. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com mucosas descoradas e abdómen indolor à palpação, sem massas ou organomegalias palpáveis. Laboratorialmente com hemoglobina de 5,6 g/dL. Lavagem gástrica sem hemorragia. Endoscopia digestiva alta sem sinais de hemorragia ou quaisquer lesões. Iniciada fluidoterapia e reposição de ferro (Ferro 23,5 ug/dL) dado ser Testemunha de Jeová e recusar transfusões sanguíneas. Colonoscopia sem lesões. Endoscopia por cápsula revelou solução de continuidade com ulceração e corpo estranho na última porção do duodeno. Enterosocopia endoscópia confirmou lesão ulcerada na porção distal do duodeno, com espinha de peixe a perfurar o fundo de úlcera, sem sinais de hemorragia. Cintigrafia eritrocitária também sem sinais de hemorragia activa. TAC abdómen revelou massa sólida de 8x5,5cm no mesentério lateralizada à esquerda, com áreas quísticas no interior. Biópsia ecoguiada confirmou tumor do estroma gastrointestinal – GIST. Encontrado um cirurgião disposto a "cirurgia sem sangue" foi referenciada ao Serviço de Cirurgia Geral onde se realizou uma ressecção de D4 e primeira ansa de jejuno, e ao Serviço de Oncologia onde se encontra em seguimento sob terapêutica com imatinib. Os GISTs são os tumores mesenquimatosos mais frequentes do tracto gastrointestinal. A apresentação é diversa incluindo a anemia secundária à hemorragia intraperitoneal ou intraluminal. A cirurgia é a primeira linha de tratamento reservando-se a quimioterapia com imatinib para os tumores metastizados ou irressecáveis. Apresentamos este caso para nos lembrarmos que às vezes uma úlcera é apenas a ponta do iceberg.

PO-09-11

SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADA – CASO CLÍNICO.

Flávio Marino, Iolanda Espírito Santo, Tiago Camacho, Carla Tonel.
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA, SERVIÇO DE MEDICINA 1.

A síndrome febril indeterminada (SFI) é definida por temperatura superior a 38,3ºC durante pelo menos 3 semanas e ausência de diagnóstico após 1 semana de investigação em contexto hospitalar. Para esclarecimento da SFI salienta-se a importância de uma história clínica minuciosa, exame objetivo (EO) e exames complementares de diagnóstico (ECD) dirigidos. Relata-se um caso de uma doente do sexo feminino, 40 anos, caucasiana, com história de hipertensão arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por eritema disseminado com 10 dias de evolução e febre elevada. Ao EO apresentava febre (39ºC) e eritema do tronco e antebraços. Analiticamente com trombocitopénia, aumento das provas de função hepática, desidrogenase láctica e proteína C reativa; reacção de Weil-Felix positiva. Foi assumida febre escaro-nodular, medicada com Doxiciclina para ambulatório. Por persistência de febre elevada, voltou ao SU (4º dia de antibioterapia). Do EO salienta-se eritema em regressão e febre (38.6ºC). Ficou internada e efetuou ECD destacando-se: pancitopenia e elevação das enzimas hepáticas; marcadores virais e quantiferão negativos; hemoculturas negativas; serologias para Rickettsia, Leptospira, Toxoplasma negativas. Exames imagiológicos sem alterações relevantes. Ao 13º dia de internamento apresentou novo aumento da febre e agravamento do eritema que aparentemente se encontravam em resolução. Fez estudo imunológico completo inconclusivo; biópsia cutânea com vasculopatia, não se podendo excluir doença de Still; ferritina (12647) e estudo molecular da hemocromatose que revelou a mutação C282Y em homozigotia. Teve alta, clínica e analiticamente melhorada sem terapêutica dirigida. A hemocromatose hereditária é um distúrbio do metabolismo do ferro que resulta na acumulação excessiva de ferro, com manifestações clínicas inespecíficas e cujo diagnóstico é por vezes difícil. O presente caso demonstrou isso, bem como a importância do diagnóstico diferencial na marcha diagnóstica na SFI.

PO-09-12

DOENÇA DE CROHN EM IDADE GERIÁTRICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Cabral, Catarina Oliveira, Jorge Correia, Joana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A doença de Crohn é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que pode envolver qualquer parte do tubo digestivo (geralmente o ileon terminal). Tem 2 picos de incidência, o primeiro na 2ª e 3ª décadas e o segundo na 7ª e 8ª décadas de vida. Apresenta-se o caso de doente, sexo feminino, 78 anos, avaliada no Serviço de Urgência por diarreia com 2 semanas de evolução. História pregressa relevante revelava toma prévia de azitromicina, bem como queixas constitucionais: perda ponderal não quantificada, astenia, anorexia e episódios flutuantes auto-limitados de diarreia com um ano de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se febril, com palidez cutaneo-mucosa, magra, sem outras alterações. Analicamente, anemia microcítica (Hb 10 g/dL), PCR 8.07/dL. Admitida em internamento para estudo complementar. No internamento, realizou endoscopia e colonoscopia, que mostraram, respetivamente: 1. úlcera circular no esófago distal e área de mucosa granular no antro gástrico; 2. progressão até 40 cm da margem anal por má tolerância. Múltiplas úlceras da mucosa nas áreas visualizadas, de aspecto serpinginoso, chegando algumas a confluir. O estudo analítico pedido mostrou apenas alterações da cinética do ferro. Evolução favorável no internamento, mantendo à data de alta 1 a 2 dejecções diárias, a tolerar dieta e hemodinamicamente estável, orientada para CE de Medicina Interna a aguardar resultado de biópsias. O estudo anatomopatológico foi inconclusivo, pelo que se pediu novo estudo endoscópico do cólon, este a mostrar áreas erosionadas e ulcerações no cólon ascendente, colocando como primeira hipótese diagnóstica doença de crohn, que as biópsias acabaram por confirmar. Iniciou medicação com Messalazina e encontra-se à data assintomática, com melhoria do estado nutricional e sem diarreia. Com o caso descrito, pretende-se mostrar que a doença inflamatória intestinal é um diagnóstico também a ter em conta em doentes de idade mais avançada com diarreia crónica.

PO-09-13

HIPERPLASIA NODULAR MULTIFOCAL VS NEOPLASIA MALIGNA METASTIZADA – UM CASO CLÍNICO

Ana João Pissarra, Rui Costa, Patricia Vicente, Carolina N. Gouveia, Filipa Ferreira, José Filipe Guia, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - SERVIÇO DE MEDICINA UNIDADE FUNCIONAL IV

INTRODUÇÃO: A Hiperplasia Nodular Focal (HNF) é o tumor hepático benigno não vascular mais comum e corresponde a 8% dos tumores hepáticos primários.Mais frequente em mulheres dos 20-50 anos.A maioria é assintomática, sendo identificado de forma acidental em exames de imagem. Apresenta-se como nódulo solitário, inferior a 5cm,sendo a variante múltipla rara, o que confunde o diagnóstico pela dificuldade em caracterizar as lesões.Habitualmente permanecem estáveis em número e dimensão. CASO CLÍNICO: Mulher de 44 anos, hábitos tabágicos 30 UMA e antecedentes familiares de doença neoplásica. Recorreu à Urgência por epigastralgia constante, tipo facada, sem irradiação, agravada nos últimos meses, com náuseas, vómitos, perda ponderal de 3% e febre 38ºC.À observação abdómen doloroso à palpação profunda no epigastro.TC abdominal: hepatomegália; lesões nodulares difusas sugestivas de lesões secundárias; duas imagens sugestivas

de hemangiomas. Marcado espessamento da parede gástrica(corpo e antro),densificação da gordura epiplóica e adenopatias celíacas. Internada no Serviço de Medicina com suspeita de neoplasia gástrica metastizada. Endoscopia Digestiva Alta: lesão ulcerada do corpo gástrico, fundo nacarado, bordos endurecidos.Biópsia: gastrite crónica, sem critérios de malignidade. Ressonância Magnética: hepatomegália, dois hemangiomas. Lesões nodulares com captação intensa na fase arterial, com restrição à difusão, compatíveis com hiperplasia nodular focal.Espessamento da parede do corpo e antro gástrico por provável processo inflamatório.Melhoria das queixas após optimização da terapêutica com esomeprazol. CONCLUSÃO:Os avanços nos métodos de imagem têm contribuído para o aumento do diagnóstico dos tumores hepáticos benignos e são decisivos para o diagnóstico diferencial,evitando laparotomia e ressecção cirúrgica.Com este caso clínico pretende-se salientar a dificuldade diagnóstica da HNF face a uma apresentação com lesões múltiplas, levantando dúvidas quanto à sua natureza.

PO-09-14

HEPATITE AUTO-IMUNE: A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO

Gonçalo Castelo Branco, Maria João Tavares, Hilda Freitas, Sara Freitas, Glória Alves, Jorge Cotter
MEDICINA INTERNA; HOSPITAL SENHORA OLIVEIRA GUIMARÃES

Mulher, 64 anos, autónoma, recorreu ao Serviço Urgência (SU) em Agosto de 2015 por ascite e coagulopatia de novo; associadamente quadro de anorexia, astenia e dispneia para pequenos esforços. Encaminhada da Consulta Externa, onde mantinha acompanhamento desde Julho/2015, por eritema palmar e disfunção hepatocelular. Antecedentes pessoais de hepatite aguda tóxica a bupropiom, bócio multinodular com hipotiroidismo. Medicada com levotiroxina. Sem hábitos etílicos e tabágicos. Do estudo efectuado na consulta externa, salientava-se: biópsia hepática com "quadro de tipo hepatite crónica com sinais compatíveis com hepatite autoimune". Realizou ainda endoscopia alta que revelou sinais de gastropatia de hipertensão portal e ecografia abdominal com sinais de hepatopatia crónica. No SU realizou estudo analítico complementar que revelou liquido ascitico transudado não infectado com gradiente albumina sugestivo de hipertensão portal, com estudo anatomo-patologico sem células malignas; sem alterações hemograma, função renal preservada; coagulopatia com tempo de protrombina de 21,4 segundos. Foi internada, medicada com espironolactona, fitomenadiona, pantoprazol, levotiroxina e lactulose. No internamento, do estudo realizado, salienta-se: IgM e IgG aumentadas, ANA >1280, Anticorpo anti musculo liso positivo (80), anticorpo anti AML-F positivo forte; marcadores víricos, ceruloplasmina e 1-antitripsina negativos. Ainda durante internamento efectuou ecografia abdominal e eco-doppler veia porta que revelou "padrão ecográfico de hepatopatia crónica; veia porta permeável com velocidade preservada; hipertensão portal; ascite de médio volume." Foi estabelecido diagnóstico de hepatite autoimune, com doença hepática crónica estadiada em Child-Pugh de 11, classe C e MELD de 19. Iniciou tratamento com azatioprina 50mg, duas vezes dia e prednisolona 30mg/dia. Sem intercorrências durante o internamento. Foi orientada para Centro de Transplante Hepático, onde mantém acompanhamento.

PO-09-15

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE HIPERPLASIA NODULAR FOCAL DO FÍGADO

Marta Rafael Marques, Susana Sousa, Dolores Vazquez, Alexandre Pinto Mendonça, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

A Hiperplasia nodular focal (HNF) hepática é o segundo tumor hepático benigno mais comum, depois do hemangioma, normalmente surge como uma lesão única, sendo rara a localização múltipla, em cerca de 10-20% dos casos. Geralmente assintomática, mais prevalente no sexo feminino, entre os 20 e 50 anos. A etiologia não está bem esclarecida, mas provavelmente surge de uma malformação vascular, levando à hiperplasia dos hepatócitos. As características imagiológicas fornecidas pelos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente a RMN, orientam o diagnóstico. Os autores apresentam o caso atípico de uma mulher, 48 anos, sob anticontracepção oral (ACO), com evidência ecográfica de lesões hepáticas por investigação de dor abdominal inespecífica. Referenciada para consulta de Medicina para esclarecimento diagnóstico. A doente estava assintomática, analiticamente elevação das enzimas de citólise hepática, serologias do vírus de hepatite B e C e estudo da autoimunidade negativos. Ecografia abdominal e Tomografia computorizada revelaram múltiplas formações nodulares dispersas pelos 2 lobos, as de maiores dimensões de 53 e 41mm. Para melhor caracterização realizou Ressonância magnética nuclear (RMN) que mostrou múltiplos nódulos hepáticos, sólidos hipervasculares na fase arterial do estudo dinâmico com gadolínio endovenoso, traduzindo natureza hepatocitária, compatíveis com HNF, e ainda, hemangioma no segmento IV. Foi suspensa a ACO, optando pelo método de barreira. No follow-up, a doente mantém-se assintomática, aumento discreto sustentado das transaminases, pelo que se mantém conduta expectante, sendo a indicação de resseção limitada às massas sintomáticas. Com este caso pretende-se salientar a dificuldade diagnóstica da HNF face a uma apresentação clínica com lesões múltiplas e elevação das enzimas de citólise hepática pouco comum, na ausência de sintomatologia, no entanto, a informação pela imagiologia foi inequívoca em relação à confirmação do diagnóstico.

PO-09-16

DIVERTÍCULO DE MECKEL E OCLUSÃO INTESTINAL

Ricardo Baptista, Carolina Catanho, Maria Fraga, Maria João Nunes da Silva, João Menezes
MEDICINA 2 SECTOR A - HOSPITAL DE SANTA MARIA - CHLN

Introdução: O divertículo de Meckel (DM) é uma estrutura resultante da persistência do canal onfalomesentérico, presente em 2% dos indivíduos, estando o risco de provocar manifestações clínicas calculado em cerca de 4%.
As principais manifestações são a inflamação e a hemorragia que ocorrem sobretudo na primeira década de vida e a oclusão de intestino delgado (OID) que corresponde a cerca de 40% das complicações na idade adulta. Caso clínico: Homem de 77 anos, caucasiano, sem antecedentes cirúrgicos, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, obstipação, vómitos e anorexia com 3 dias de evolução. O abdómen era doloroso à palpação profunda e com sinais de peristaltismo de luta, mas sem clínica de reacção peritoneal. Tinha leucocitose neutrófila e elevação dos parâmetros laboratoriais de inflamação. A radiografia do abdómen em ortostatismo mostrou distensão e niveis hidroaéreos de ansas do intestino delgado, não se observando ansas do cólon. A tomografia computorizada mostrou OID mecânica próxima da válvula ileocecal, não se identificando o obstáculo. Perante o agravamento do quadro clínico sob medidas conservadoras e a incerteza diagnóstica, foi submetido a laparotomia que revelou volvo do intestino delgado em torno da banda mesodiverticular de um DM, não ser observando sinais inflamatórios. Realizou-se lise da banda mesodiverticular, desfez-se o volvo e efectuou-se descompressão manual das ansas. Teve resolução do quadro abdominal sem complicações pós-operatórias. Discussão: São vários os mecanismos pelos quais um DM pode causar OID. Está descrita a intussuscepção, a hérnia de Litré, a aderência pós diverticulite e o volvo em torno da banda mesodiverticular que constitui o mecanismo mais frequente. O diagnóstico da OID assenta na clínica e na radiologia clássicas, sendo que esta última, com frequência, não esclarece a etiologia do processo, ou seja, não diagnostica o DM. O diagnóstico etiológico é na grande maioria dos casos intra-operatório.

PO-09-17

DIARREIA CRONICA ASSOCIADA A FÁRMACOS.

Albina Moreira, Adriana Monteiro, Liliana Carneiro, José Soares, Artur Silva, Adelina Pereira, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

A diarreia crónica é um problema clínico cujo diagnóstico etiológico é muitas vezes difícil. Apresenta-se o caso clínico de um homem de 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial medicado com olmesartan há 5 anos. Quadro de diarreia crónica aquosa não sanguinolenta (10 dejeções liquidas por dia) desde 2012. Associadamente perda de peso (25 Kg) e dor abdominal nos

quadrantes inferiores. Do estudo etiológico efectuado foi excluído: doença celíaca, alterações hormonais ou autoimunes, neoplasia neuroendócrina, etiologia infecciosas (vírus, bacterias: nomeadamente clostridium e doença de Whipple, micobacterias parasitas). Colonoscopia: mucosa normal. Histologia de mucosa cólica revelou infiltração de linfócitos intra-epitelial compatível com colite linfocítica. Foi tentada terapêutica com antibioterapia e corticoterapia sem resolução das queixas. Endoscopia revelou eritema irregular de mucosa antral e um padrão de mosaico da mucosa duodenal. As biópsias mostraram atrofia das vilosidades com infiltrado inflamatório. Cápsula endoscópica mostrou ileojejunite grave com ulceração da mucosa. Por alterações hidroelectrolíticas e lesão renal aguda o doente esteve internado em 2014/2015, onde foi suspenso o olmesartan e feita suplementação iónica. O doente apresentou boa evolução clínica e analítica, com resolução das queixas de diarreia. Em ambulatório por perfil tensional elevado reiniciou novamente olmesartan com recorrência imediata de diarreia. Tendo em conta os achados clínicos, histológicos e a relação temporal entre o início do olmersartan e a diarreia foi assumido o diagnostico de enteropatia induzida por olmersartan. Após a suspensão definitiva do olmesartan o doente permaneceu assintomático, com recuperação de peso. Enteropatia induzida por fármacos (como o olmesartan) deve ser considerada em doentes com diarreia crónica, perda de peso e atrofia das vilosidades da mucosa duodenal

PO-09-18

HEPATITE AGUDA COM UMA ETIOLOGIA VÍRICA POUCO FREQUENTE.

Albina Moreira, Carla Maia, Adelina Pereira, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

Hepatite aguda tem várias etiologias possíveis como infecciosas, metabólicas, auto-imunes. A etiologia vírica representa mais de 50% dos casos de hepatite aguda nos Estados Unidos. Apresenta-se o caso de uma mulher de 23 anos saudável, com quadro de náuseas, vómitos alimentares e de dor abdominal epigástrica com 7 dias de evolução. Sem alterações ao exame objectivo. Sem contexto epidemiológico de risco, sem toma de fármacos recente, negado consumo de drogas ou suplementos. Documentada elevação da bilirrubina (directa e indirecta 2.0 mg/dL e 1.1 mg/dL), - Citólise hepática (elevação e cerca de 10 vezes o valor normal de TGO- transaminase glutâmico-oxalacética e TGP - transaminase glutâmico-pirúvica; e 5 vezes o valor normal da gamaglutamiltransferase com fosfatase alcalina normal); albumina normal, hemograma sem alterações. INR (relação normalizada internacional) discretamente aumentado 1.5. Ecografia.Ecografia abdominal sem alterações. Internada para estudo e vigilância. Do estudo efectuado constatada IgM e IgG positivas para o vírus Epstein Barr (VEB), restantes serologias negativas. Manteve estabilidade clínica, sem outros sintomas acompanhantes nomeadamente queixas ao nível da orofaringe ou lesões herpéticas. Perfil hepático apresentou perfil de normalização sustentado e normalização do INR. A doente foi orientada para consulta de Medicina. Repetidas serologias aos 30 dias e 6 meses (manteve IgM e IgG positivas para VEB); mantendo perfil hepático normal aos 6 meses. Assumido quadro de hepatite aguda vírica. Hepatite vírica aguda relacionada com VEB é um diagnóstico pouco frequente. O caso clínico acima descrito remete-nos para a importância de pensarmos nesta etiologia.

PO-09-19

A ENTERITE EOSINOFILICA - UM SEGMENTO DENTRO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Felipe Gamboa, André Goulart, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPIRÍTO DA ILHA TERCEIRA.

A enterite eosinofilica faz parte das doenças inflamatórias do trato gastrointestinal, sendo caracterizada por apresentar um infiltrado inflamatório eosinófilo total ou parcial, com eosinófilia periférica e história de atopia. Trata-se de um homem de 29 anos sem história conhecida de alergias, com perda ponderal de 30 quilos nos últimos 5 meses e desconforto abdominal com 2 meses de evolução, sem alteração do padrão alimentar. Ao exame objectivo: emagrecido com mucosas ligeiramente descoradas. Analiticamente com hemograma e bioquímica sem alterações. Serologias Epstein-Barr, Citomegalovirus, Toxoplasma gondii, heptatites virais e VIH negativas. Cinética de ferro normal, doseamento de acido fólico normal, com deficiência de vitamina B12. Anticorpos anti Fator Intrínseco e anti células Parietais negativos. Endoscopia digestiva alta normal. Colonoscopia e anatomia patológica com inflamação da mucosa do íleo terminal, congestionada e ulcerada com infiltrado eosinófilico. TAC Toraco-abdominal com espessamento parietal difuso da porção distal do íleon. Neste caso específico, ocorre algo relativamente raro, pois apresenta- se sem eosinófilia periférica e sem história de atopia, o que ocorre em cerca de 20% dos casos. Dentro do estudo de deficiência de vitamina B12 não é comum a rotina de colonoscopia, pois a deficiência de vitamina B12 ligada a fatores não gástricos acontece numa minoria de casos. Neste caso, existe lesão no íleon terminal, que é o sítio mais importante de absorção da vitamina B12, e portanto a origem dos achados clínicos do doente.

PO-09-20

TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL EM UM DOENTE COM NEUROROFIBROMATOSE TIPO 1. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Sheila Coelho, Elena Pirtac, Daniela Franco, Aissato Cassama, Richard Azevedo, Rita Resende
HOSPITAL AMATO LUSITANO- SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença autossómica dominante, com prevalência de 1:4000 indivíduos, causada pela mutação no gene NF1, que codifica a proteína neurofibrina. As mutações nesse gene alteram a estrutura original da neurofibromina, impedindo a inativação da p21 ras-GTP, o que resulta em excesso de sinais mitogênicos, favorecendo o aparecimento de lesões neoplásicas. Uma combinação rara da NF1 com GIST (Gastrointestinal stromal tumors) pode acontecer, sendo os mecanismos patogénicos moleculares obscuros. Sabe-se, no entanto, que mutações, mais comumente nos genes Kit, pode desenvolver tumor com um comportamento de malignidade. Os autores apresentam o caso de um homem de 33 anos, com NF1, encaminhado para área hospitalar, por anemia ferropénica grave e quadro de astenia. À observação inicial sinais vitais estáveis; palidez cutânea e das mucosas, neurofibromas a nível do tronco, nádegas, membros superiores e anorexia. Os exames complementares de diagnóstico (ECD's) revelaram: Hb 5.8g/dl, VGM 82.3 fL e MHC 25.8 pg, sideremia 10 µg/dL, ferritina 5ng/mL; endoscopia digestiva alta- "ao nível do corpo do estômago volumosa lesão, de 50 mm no maior diâmetro, com duas úlceras centrais, a maior de 30 mm" e colonoscopia- "micropólipo no sigmóide". Submetido a gastrectomia parcial do corpo gástrico, sendo o diagnóstico anátomo-patológico compatível com "Tumor do estroma gastro-intestinal benigno, de 5 cm de diâmetro e 3 mitoses/ 50 cga". O estudo imuno-histoquímico mostrou positividade citoplasmática das células fusiformes para vimentina, CD 34 e c-kit. Apresentando uma estratificação de muito baixo risco para progressão do GIST. Com este caso clínico os autores pretendem salientar a importância da marcha diagnóstica, com recurso aos ECD's e planificação das condutas terapêuticas, apoiada pelo diagnóstico definitivo anatomopatológico e respetiva estratificação de risco.

PO-09-22

ESÓFAGO PRETO, UMA ENTIDADE RARA

Inês Guerreiro, Sofia Moreira Silva, Joana Pimenta
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O esófago preto é um síndrome raro caracterizado por uma aparência escura na área circunferencial da mucosa esofágica distal. A etiologia desta entidade é pouco clara, mas tanto a isquemia como a obstrução pilórica podem ser eventos precipitantes. Apresenta-se caso de homem de 73 anos com antecedentes de fibrilhação auricular, síndrome demencial e seguido em consulta de Gastrenterologia por suspeita de doença de Crohn cujas biópsias mostravam Colite Microscópica Colagenosa, medicado com messalazina. Internado por distúrbios eletrolíticos graves (hipocalcemia e hipocalémia) com consequente crise convulsiva e episódio de taquicardia ventricular sustentada, secundários a diarreia crónica. No internamento o doente apresentou episódio de melenas e

hematemeses. O estudo endoscópico mostrou aspecto necrótico da mucosa do esófago médio e distal (esófago preto), interpretado no contexto de necrose esofágica aguda com deformação do bulbo duodenal e presença de cálculos no lúmen a favor de fístula coledocoduodenal. A tomografia computorizada (TC) toraco-abdominal não confirmou presença de fístula biliodigestiva, de cálculos no colédoco ou de sinais de isquemia transmural. Doente ficou em pausa alimentar e iniciou dieta parentérica, fluidoterapia e manteve tratamento com inibidor da bomba de protões. Realizado trânsito esófago-gastro-duodenal que excluiu obstrução. Repetida endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou sinais de esofagite isquémica em resolução, com subestenose distal esofágica e grande deformação de bulbo duodenal. Retomou dieta entérica com boa tolerância. O provável factor etiológico subjacente a este caso foi um quadro de obstrução pilórica associado à deposição de comprimidos de messalazina e a deformação bulbar. A necrose esofágica aguda pode complicar-se com perfuração esofágica ou, mais frequentemente, com estenose esofágica. Com o tratamento de suporte adequado, ocorre resolução dos achados endoscópicos na maioria dos doentes.

PO-09-23

A PROPÓSITO DE UM CASO DE SOBRECARGA DE FERRO

João Alexandre Tavares, Maria Filomena Alicerces, Beatriz Navarro, Mario Parreira, Ana Catarina Emídio, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

A sobrecarga de ferro e suas implicações são um aspeto pouco valorizado no contexto da doença hepática crónica (DHC). Na DHC alcoólica o ferro atua de forma sinérgica com o álcool como causador de lesão do hepatócito. Os autores apresentam um caso de um homem de 67 anos, caucasiano, com história de insuficiência cardíaca (IC), hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e com hábitos etanólicos e tabágicos importantes, medicado com clopidogrel e furosemida. Admitido por cansaço e edemas maleolares de agravamento progressivo e aumento do volume abdominal, com 1 semana de evolução. À observação encontrava-se orientado, corado, ictérico, normotenso e normocardico, com murmúrio vesicular abolido nos 2/3 inferiores à direita, abdómen distendido com onda líquida, e edemas bimaleolares. Analiticamente apresentava macrocitose, leucocitose, AST 75 U/l e INR 1.6. Radiografia do tórax com hipotransparência homogénea da base direita com apagamento do seio costofrénico homolateral. Admitiu-se IC e DHC descompensadas, pelo que ficou internado. Do estudo realizado destaca-se anemia macrocítica, ácido fólico baixo, vitamina B12 normal, ferro e transferrina normais, ferritina>1800 ng/ml, saturação de transferrina (ST) 70%, elevação da gamaGT e bilirrubina directa, com ALT e fosfatase alcalina normais. Realizou ecografia abdominal que mostrou hepatomegália heterogénea, sem lesões focais, compatível com doença hepática crónica. No seguimento da investigação do quadro de sobrecarga de ferro, realizou pesquisa de mutações do gene HFE, que mostrou heterozigotia para a mutação C282Y. Admitiu-se DHC alcoólica, tendo suspendido hábitos etílicos, iniciado suplementação com ácido fólico e terapêutica diurética. Após 8 semanas de abstinência alcoólica, na reavaliação em Hospital de Dia, constatou-se melhoria clínica e analítica, com excepção de um aumento da ST para 80%, provavelmente associada à susceptibilidade causada pela heterozigotia para a mutação C282Y para a sobrecarga de ferro.

PO-09-24

LESÃO ESPLÉNICA SECUNDÁRIA A COLONOSCOPIA

Juliana Silva1, Beatriz Frutuoso1, Miguel Tavares2, Aníbal Marinho2
1 - SERVIÇO MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO; 2 - SERVIÇO CUIDADOS INTENSIVOS 1, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Introdução: A lesão esplénica após colonoscopia é uma complicação rara cuja etiopatogenia e possíveis fatores de risco não se encontram completamente esclarecidos. A sintomatologia inespecífica, que mimetiza outras possíveis complicações mais frequentes, pode constituir um desafio diagnóstico Caso Clínico: Homem, 61 anos, com hematoquézias com 2 semanas de evolução. Hemodinamicamente estável e abdómen inocente. A colonoscopia revelou, no cego, angiectasia com hemorragia em toalha, sendo efetuada hemostase com árgon; sem hemorragia no final do procedimento. Não foram relatadas complicações ou dificuldades durante o procedimento. No pós colonoscopia imediato, iniciou instabilidade hemodinâmica e disfunção multiorgânica com necessidade de sedação, entubação orotraqueal e suporte vasopressor em doses crescentes. Queda de hemoglobina para 5.7g/dL, na ausência de perdas hemáticas objetiváveis, necessitando de transfusão de 5U concentrado eritrocitário. A tomografia computorizada abdominal revelou hemoperitoneu de grande volume com coágulos recentes, baço de dimensões aumentadas, difusamente heterogéneo e hiperdenso, com laceração do parênquima e coágulos. Foi submetido a esplenectomia, com suspensão do suporte vasopressor no pós operatório e correção da lactacidemia, sem nova necessidade de suporte transfusional. Na ausência de história traumática, não tendo sido identificado nenhum outro fator causal, e tendo em conta a relação temporal com o procedimento realizado, assumiu-se lesão esplénica secundária à realização de colonoscopia. Conclusão: A lesão esplénica após colonoscopia é uma complicação rara, com poucos relatos na literatura, potencialmente fatal, cuja incidência poderá aumentar proporcionalmente ao incremento de colonoscopias. A compreensão da causa desta lesão poderá permitir identificar os doentes em risco e melhorar a abordagem terapêutica.

PO-09-25

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA CELÍACA

Sofia Costa Martins, Luís Costa Matos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A doença Celíaca é tipicamente uma doença da criança. É caracterizada por inflamação da mucosa, atrofia das vilosidades e hiperplasia das criptas do intestino delgado, devido à exposição ao glúten e reverte após exclusão do mesmo da dieta. Contudo pode manifestar-se mais tardiamente, entre os 10-40 anos, de uma forma atípica. Apresenta-se o caso de uma mulher, 40 anos, com antecedentes de prolapso da válvula mitral, sinusite crónica, fumadora, medicada com lorazepam 1 mg id. Enviada à consulta externa de Medicina Interna por apresentar múltiplas lesões papulares, hiperpigmentadas, não pruriginosas, na região ilíaca, semelhantes a queratose seborreica, sem resposta à corticoterapia. Referia apenas astenia e apresentava um índice de massa corporal de 18%, sendo que negava perda de peso recente referindo ser habitualmente magra. Trazia estudo analítico realizado em ambulatório com anemia ligeira macrocítica (Hb 11.8, VGM 99), função hepática, renal e tiroideia normal, AgHbs, VDRL, anti HCV negativos e sumária de urina sem alterações. Suspeitando-se de eventual síndrome paraneoplásico (sinal de leser-trélat), optou-se por realizar estudo analítico, endoscópico e tomografia axial computorizada toraco-abdomino-pelvica (TAC-TAP) complementar, sendo que a doente referia manter seguimento ginecológico regular com mamografia e colpocitologia recentes, sem alterações. Estudo analítico inicial, TAC-TAP e endoscopia digestiva alta sem alterações de relevo. Por apresentar história de astenia, baixo peso e anemia prosseguiu-se com o estudo salientando Anticorpos (Ac) Anti-gliadina (IgA e IgG) e Ac Anti-transglutaminase IgA positivos. Realizou biópsia duodenal, posteriormente, compatível com Doença Celíaca Marsh-Oberhuber 3C. Existem várias alterações cutâneas associadas à doença Celíaca. Com este caso pretende-se alertar para a possível apresentação atípica da doença e da necessidade de excluir esta patologia no estudo de um doente com determinadas alterações dermatológicas.

PO-09-26

COLITE EOSINOFÍLICA NO ADULTO - ALERGIA OU ´PRÓDROMO´ DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A colite eosinofílica primária caracteriza-se por marcada infiltração eosinofílica do cólon em uma ou mais camadas, de forma segmentar ou difusa, após exclusão de causas secundárias (nomeadamente infecciosas, farmacológicas e inflamatórias). Carece ainda de critérios histológicos padronizados, o que dificulta a correcta caracterização e diagnóstico, sobretudo no adulto, população na qual é muito rara. Descreve-se o caso de uma doente de 42 anos, com antecedentes familiares de atopia e doença de Crohn, sem história de consumo de fármacos, que é referenciada a consulta por diarreia aquosa com 3 semanas

de evolução, sem pus, muco ou sangue, acompanhada de ligeira dor abdominal intermitente nos quadrantes inferiores. Não apresentava febre nem sintomas constitucionais, respiratórios ou cutâneos. Relatava história de testes cutâneo-alérgicos com alguns resultados positivos para antigénios alimentares (mas não ao leite de vaca) cerca de 10 anos antes, embora sempre com evicção dos mesmos e sem sintomas digestivos. Analiticamente, destacava-se apenas eosinofilia periférica (900/mm3), com IgE total e VS normais e exames culturais de fezes e Ac anti-transglutaminase negativos. Para esclarecimento diagnóstico, realizou-se ecografia (sem alterações) e exames endoscópicos – EDA sem alterações macroscópicas e mucosa duodenal sem alterações histológicas significativas; colonoscopia sem lesões macroscópicas mas mucosa (9 biópsias do íleon ao recto) com marcado infiltrado eosinofílico na lâmina própria. Após dieta com evicção de lacticínios, verificou-se franca melhoria clínica e resolução da eosinofilia periférica, tendo a doente recusado realização de testes cutâneo-alérgicos e nova colonoscopia. Mantém-se assintomática em follow-up. Discute-se o significado da colite eosinofílica, nomeadamente o facto de poder ser uma apresentação inicial de doença inflamatória intestinal, embora no presente caso a melhoria clínica mantida após dieta sugira etiologia primeiramente alérgica.

PO-09-27

ESÓFAGO NEGRO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE NECROSE ESOFÁGICA AGUDA

Vera L Gomes, Marina Boticário, Andreia Araújo, Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Catarina Faria, Mª Filomena Roque
SERVIÇO DE MEDICINA III-B, HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE

INTRODUÇÃO: A necrose esofágica aguda (NEA) ou esófago negro é uma entidade clínica rara (0,08-0,2%) de etiopatogenia multifatorial indefinida. Mais frequente no homem aos 62-67 anos, tem apresentação clínica variável geralmente por hemorragia digestiva alta (81%). A endoscopia aliada a biópsia, permite o diagnóstico de necrose, classicamente mais acentuada na porção distal esofágica e com término abrupto na junção esofagogástrica. O tratamento é conservador (sonda nasogástrica contraindicada) e a evolução tende a ser favorável. Surgem complicações em 25% dos casos. A estenose é a mais comum (15-25%) e implica dilatação endoscópica. A perfuração (7%), mais grave, necessita de cirurgia. A mortalidade (30-55%) correlaciona-se com as comorbilidades e estado geral do doente. OBJETIVOS/MATERIAL E MÉTODOS: Descrição de caso clínico pela consulta do processo eletrónico. CASO CLÍNICO: Mulher, 67 anos, com paraplegia pós-poliomielite e úlceras crónicas nos membros inferiores. Trazida à Urgência por astenia, palidez, desidratação, epigastralgias e hematemeses desde há 5 dias. Dor à palpação abdominal (epigastro e flanco direito) e ruídos hidroaéreos aumentados. Anemia normocítica normocrómica (Hg:6,2 g/dL) e lesão renal aguda. Endoscopia: NEA circunferencial da porção superior à junção esofagogástrica, úlceras em D2 e hérnia do hiato com 8 cm. Internada 21 dias, teve boa resposta à terapia instituída (hemotransfusão, fluidoterapia, inibição da secreção ácida, reintrodução progressiva de dieta mole). CONCLUSÃO: A NEA é considerada fator de prognóstico adverso. A isquémia (por hipoperfusão ou trombose) e o refluxo gastroesofágico são fatores a considerar, ao potenciarem a dismotilidade do esófago e o compromisso funcional do seu esfíncter inferior. Uma terapia de suporte é essencial para a sua reversão. Importa estar alerta para o diagnóstico diferencial (anamnese e exame objetivo detalhados) já que a sua pronta identificação e tratamento limitam a morbimortalidade associada.

PO-09-28

ENTEROGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA: RELEVÂNCIA DIAGNÓSTICA NUM CASO DE DOENÇA DE CROHN

Vanessa Chaves, Gilberto Rosa, Ester Ferreira
HOSPITAL DE S. JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Doença de Crohn (DC) caracteriza-se por atingimento inflamatório focal, assimétrico e transmural do trato gastrointestinal. Em 80% dos casos envolve o intestino delgado, principalmente o íleo distal. A Enterografia por Tomografia Computorizada (ETC) consiste na ingestão de um contraste oral neutro para distender o intestino delgado, seguido de aquisição de imagens de Tomografia Computorizada. Descreve-se um caso que ilustra a importância do ETC no diagnóstico de DC. Mulher, 41 anos. Apresenta-se com diarreia crónica, sem sangue ou muco, com cinco anos de evolução, associada a astenia, sem anorexia ou perda ponderal. Analiticamente, anemia microcítica/hipocrómica, ferropénica, sem défices vitamínicos, sem evidência de doença celíaca. Estudo bacteriológico, virológico, parasitológico e grau de digestibilidade das fezes negativo. Do estudo auto-imune, salienta-se anticorpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) fortemente positivos e anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (pANCA) negativos. Endoscopia digestiva alta com gastropatia, biópsias negativas. Colonoscopia mostrou íleo terminal com diminuição do calibre e distensibilidade, ulceração pleomórfica, biópsia negativa para DC. Iniciou suplementação com ferro oral, com boa resposta clínica e valores de hemoglobina estáveis. Apesar de biópsia negativa, perante quadro sugestivo de DC, efetuou ETC que mostrou espessamento parietal do íleo terminal com estriação da gordura envolvente, a traduzir ileíte. Assumido diagnóstico de DC, iniciou Azatioprina e Budesonido. Salienta-se a limitação diagnóstica da colonoscopia, por muitas vezes não atingir o íleo distal e pela taxa de falsos negativos da biópsia. Destaca-se o papel diagnóstico crescente do ETC, principalmente em doentes com atingimento isolado do intestino delgado e em que a biópsia foi negativa. A pesquisa de anticorpos é um complemento ao diagnóstico.

PO-09-29

ANEMIA FERROPÉNICA EM IDADE JOVEM: 2 CASOS

Luís Flores, Clara Gomes, Francisco Cunha, Ester Ferreira, Fernando Friões
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

INTRODUÇÃO: O défice de ferro é a causa mais comum de anemia a nível mundial. A etiologia mais frequente da ferropenia varia de acordo com a faixa etária. A propósito da abordagem à anemia ferropénica, apresentamos dois casos clínicos. CASOS: Mulher de 41 anos com astenia e tonturas há 3 meses. Analiticamente com anemia (Hb 6,5g/dL) microcítica hipocrómica, com ferro e ferritina séricas indoseáveis. Sem outros défices ou alteração de outras linhas celulares. Sem perdas hemáticas visíveis, cataménios normais, sem alterações do trânsito intestinal. Estudo endoscópico alto e baixo sem alterações de relevo. Enteroscopia por cápsula revelou úlceras aftoides jejuno-ileais. Estudo auto-imune com ASCA positivos e ANCA-PR3 negativos. Diagnosticada Doença de Crohn, medicada com 5-ASA e ferro, com recuperação gradual de valor de hemoglobina. Mulher de 21 anos com história de anemia ferropénica e cataménios abundantes desde a menarca, suplementada com ferro oral. Referenciada à consulta por adenomegalias cervicais e episódio de edema assimétrico da face. Referia ainda xerostomia e xeroftalmia. Analiticamente com anemia (Hb 11,3g/dL) microcítica hipocrómica com saturação da transferrina normal e ferritina baixa (12ng/mL) sem outros défices. Estudo auto-imune com ANA >1/1000, elevação de IgG, anticorpos anti-transglutaminase, anti-gliadina, anti-SSa e anti-SSb positivos. Estudo endoscópico mostrou scalloping duodenal e pólipos jejunais, com histologia compatível com Doença Celíaca. Recuperação dos valores de hemoglobina com ferro oral e dieta sem glúten. CONCLUSÃO: O estudo etiológico da anemia ferropénica é parte fundamental do processo de tratamento, para além da suplementação com ferro. O estudo do trato gastrointestinal tem um papel importante dada a maior prevalência de síndromes de malabsorção em idade jovem.

PO-09-30

A SEMENTE DE UM GIGANTE PROBLEMA

André Rosa Alexandre, Luís Duarte Costa, João Sá
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL DA LUZ

INTRODUÇÃO Os bezoares são conglomerados de material não digerido que podem impactar no tracto gastrointestinal, levando à oclusão intestinal. Entre os tipos de bezoares, os de origem vegetal – fitobezoares – são os mais frequentes. O estômago é o local de impactação mais comum, sendo a afecção rectal especialmente rara e mais associada a sementes. CASO CLÍNICO Homem de 78 anos, residente em Angola, de onde foi transferido para o nosso Hospital, por

dor abdominal, diarreia sanguinolenta e febre com uma semana de evolução. Por suspeita de infecção a Clostridium difficile, havia já cumprido terapêutica com metronidazol. À admissão apresentava distensão abdominal marcada com dor difusa à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen. Analiticamente exibia leucocitose neutrofílica e elevação da proteína C reactiva. A tomografia computorizada abdominal revelou distensão cólica associada a massa rectal com aspecto reticular. Foi realizada rectosigmoidoscopia que evidenciou impactação de sementes de maracujá gigante (Passiflora quandrangularis) a nível rectal, formando um fitobezoar e condicionando oclusão intestinal. Extraíram-se centenas de sementes no procedimento. Cinco dias após a admissão, por agravamento da situação clínica associada ao aparecimento de pneumoperitoneu de novo em radiograma abdominal, foi submetido a laparatomia exploradora. Durante a intervenção foi identificada necrose parietal do cólon, sendo realizada colectomia total com preservação do recto e ileostomia de protecção. A recuperação pós-operatória foi lenta, tendo o doente tido alta para uma unidade de cuidados continuados ao 16º dia de internamento para reabilitação funcional. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Este é um raro caso de oclusão intestinal complicada induzida pela impactação rectal dum fitobezoar. É o primeiro caso descrito de fitobezoar por sementes de maracujá gigante. O tratamento é eminentemente endoscópico ou cirúrgico, sendo uma elevada suspeição clínica essencial para o diagnóstico.

PO-09-31

ÚLCERAS ORAIS- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliana Torres, Luís Nogueira, Paulo Santos, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O metotrexato é um fármaco utilizado em diversas patologias benignas ou malignas. Embora bastante eficaz, pode estar associado a diferentes efeitos adversos, nomeadamente gastrointestinais, hepáticos, hematológicos e cutâneos. Caso Clínico: Mulher de 65 anos. Antecedentes de artrite reumatoide há 7 anos, medicada com metotrexato 5mg/dia, sem seguimento em consulta hospitalar desde 2012. Recorre à urgência em Outubro de 2015, por um quadro de úlceras orais, hemorrágicas e dolorosas com cerca de 15 dias de evolução, apresentando agravamento progressivo. Associadamente odinofagia com consequente intolerância a alimentação. Objetivamente encontrava-se hemodinamicamente estável, sem outras alterações a considerar. Analiticamente leucopenia (2700), trombocitopenia (82000), PCR 143 mg/L, agravamento da função renal com creatinina 1,4 mg/dL (taxa de filtração glomerular 40,11 mL/min/1,73m2), sem outras alterações de relevo. Radiografia do tórax sem alterações. Decidido internamento no Serviço de Medicina Interna, para controlo sintomático e esclarecimento do quadro clínico. Durante o internamento decidida suspensão da terapêutica com metotrexato, verificando-se melhoria contínua das lesões orais e das queixas álgicas, com progressiva tolerância a alimentação. Analiticamente verificada evolução favorável, com diminuição dos parâmetros inflamatórios sistémicos e melhoria franca da função renal. À data de alta sem queixas de relevo. Reavaliada após três semanas em consulta de Medicina Interna encontrando-se assintomática e com resolução da lesões apresentadas. Manteve seguimento em consulta hospitalar de doenças autoimunes. Conclusão: As estomatites representam uma entidade com um vasto número de etiologias, devendo a toxicidade farmacológica ser sempre considerada. Os autores salientam a importância da monitorização farmacológica e do seguimento regular.

PO-09-32

APRESENTAÇÃO POUCO COMUM DE UM EFEITO SECUNDÁRIO MUITO FREQUENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vânia Junqueira, Joana Sequeira, Francisco San Martin, Rosa Amorim, Joana Torre, Joana Carneiro, Ana Valada Marques, Ana Corte-Real, Anton Vasin
CHO - CALDAS DA RAINHA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A metformina é o antidiabético oral mais usado no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2, quer em monoterapia quer em associação com outros fármacos. Os efeitos secundários mais frequentes decorrentes do seu uso localizam-se a nível do aparelho gastrointestinal, associados ao início do tratamento. Estes são maioritariamente autolimitados e melhoram com a continuidade do fármaco, sendo que apenas 5% dos doentes apresentam intolerância completa. O caso clínico que se apresenta é o de um doente de 80 anos, hipertenso, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 há cerca de 8 anos, medicado com: metformina, sitagliptina e gliclazida, acido acetilsalicílico, losartan, amlodipina e tansulosina, que é enviado à nossa consulta em Outubro de 2015, por diarreia crónica com início há cerca de um ano, com mais de 5 dejecções por dia, sem sangue, muco ou pús. Sem relação com refeições ou introdução de medicamentos. Sem outros sinais ou sintomas, excepto perda ponderal concomitante de cerca de 10 kg. Foram normais o hemograma, PCR, VS, função tiroideia, coproculturas, ecografia abdominal e colonoscopia. Na revisão da terapêutica do doente, optou-se por suspender a metformina, assistindo-se desde essa altura à normalização do trânsito intestinal. A diarreia causada pela metformina, não sendo o efeito adverso gastrointestinal mais frequente, costuma associar-se também ao início do tratamento. No entanto, têm vindo a ser descritos alguns casos de diarreia tardia em doentes sob doses estáveis há vários anos. Neste sentido, e antes de submeter este tipo de doentes a exames invasivos, é importante ter-se em conta este factor etiológico possível como passo prévio a outras abordagens.

PO-09-33

DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA ESOFÁGICA COMPLICADA

Rita Silvério, Diana Pedreira, Vanessa Figueiredo, Pedro Carreira, Paula Lopes, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As complicações da doença ulcerosa péptica (DUP) incluem a hemorragia, perfuração e obstrução. A obstrução é a complicação menos frequente de DUP nos países desenvolvidos. Homem, 46 anos, diabético, admitido na urgência por dificuldade respiratória, disfagia (inicialmente para sólidos e posteriormente para liquidos), associada a vómitos pós-prandiais,epigastralgia e perda de peso de agravamento progressivo com 3 semanas de evolução. Na admissão ao exame objectivo de realçar: caquexia, pele e mucosas desidratadas, polipneico e dor epigástrica sem defesa à palpação. Analiticamente relevante: glicémia capilar 547mg/dl; cetonúria; acidose metabólica compensada (pH 7.01, pCO2 8, HCO3 <3.0). Iniciou-se hidratação, bicarbonato e insulina de acção lenta e rápida, tendo o doente ficado internado por CAD, disfagia e perda ponderal a esclarecer. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou mucosa extensamente ulcerada em todo o esófago sugestiva de esofagite péptica e no 1/3 inferior do esófago estenose concêntrica com 5mm de diâmetro, ulcerada, dura, não ultrapassável com o endoscópio. Foram realizadas biópsias, colocada sonda nasogástrica sob endoscopia e iniciado esomeprazol endovenoso (ev) em perfusão. Realizou tomografia computorizada torácica e abdominal, tendo esta excluido lesões parietais ou intraluminais nos segmentos do tubo digestivo. As biópsias esofágicas revelaram epitélio esofágico com aspectos sugestivos de inflamação, não havendo células sugestivas de neoplasia maligna. Nas 2 semanas seguintes realizaram-se 2 EDAs tendo estas revelado melhoria do processo inflamatório e procedeu-se a dilatação endoscópica com balão. O doente manteve esomeprazol 40mg bid e iniciou progressivamente dieta geral mole com evicção de alimentos fibrosos,sem disfagia. Aproximadamente 50% dos casos de obstrução por DUP são resolvidos com um inicio precoce de tratamento médico, contudo alguns doentes poderão necessitar de cirurgia ou dilatação endoscópica.

PO-09-34

PANCREATITE AGUDA PÓS ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

João Seabra Barreira, Sara Freire, Nadia Simas, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Gloria Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE- MEDICINA IIIB

Objectivos: A pancreatite aguda é uma inflamação do pâncreas cuja patogenese ainda não é completamente conhecida. Caracteriza-se por dor abdominal e elevação dos níveis séricos de enzimas pancreáticas. São vários os factores de risco conhecidos. Métodos: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 70

anos com história conhecida de hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade, epilepsia, sem hábitos etanólicos. Recorre à urgência por episódio de sincope sem traumatismo crânio-encefálico. Tinha sido submetida a endoscopia digestiva alta (EDA) 2 dias antes, tendo sido detectada hérnia do hiato e gastrite eritematosa. Após o exame inicia quadro de epigastralgia mantida e mal estar geral, nesse contexto deixou de tomar antiepilepticos. Ao exame objectivo na urgência sem alterações relevantes no exame neurológico sumário, com palpação abdominal dolorosa no epigastro, sem reacção peritoneal. Resultados: A Tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica não detectou lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas. Laboratorialmente com leucocitose e neutrofilia, Proteina C reactiva 33,4mg/dl com elevação das transaminases e da bilirrubina total para 5,2 mg/dl. A ecografia abdominal foi compatível com colecistite aguda alitiásica. Por apresentar quadro sugestivo de sepsis com ponto de partida abdominal (pancreatite aguda +colecistite aguda alitiásica), foi medicada empiricamente com ceftriaxone e metronidazol. O estudo etiológico da sincope não foi conclusivo. Acabou por realizar TC abdominal já após concluir 10 dias de antibioterapia e já com parâmetros laboratoriais normais, este evidenciou pâncreas de morfologia normal, com ligeiro espessamento da vesícula biliar. Conclusão: Os autores consideram este caso pertinente pela coincidência de acontecimentos. Podendo ou não estabelecer-se um nexo de causalidade entre o diagnóstico de pancreatite aguda e a realização de EDA.

PO-09-35

SÍNDROME DE BOUVERET? BEZOAR? NEOPLASIA DO PÂNCREAS? – UM CASO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL ALTA

Vera Frazão Vieira, Vera Pedro, Marina Vitorino, Maria do Rosário Barroso, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2

O Síndrome de Bouveret consiste na obstrução do trânsito gastrointestinal causada por um cálculo biliar de grandes dimensões que, através de uma fístula biliodigestiva, passa para o duodeno ou até para o estômago. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 90 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca e hipertensão arterial que recorreu ao serviço de urgência por vómitos biliares com 4 dias de evolução, sem dor abdominal e sem alterações do trânsito intestinal. Foi avaliada por Cirurgia Geral que excluiu patologia urgente desse foro e pediu observação pela Medicina Interna. Ao exame objetivo, com desidratação moderada. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR aumentada, retenção azotada e bilirrubina aumentada com predomínio da conjugada. Ecografia abdominal sem litíase ou ectasia das vias biliares, não foi possível visualizar o pâncreas. No serviço de Medicina Interna, foi pedida TC abdominal que revelou lesão aparentemente da cabeça do pâncreas de natureza indeterminada, contorno regular e definido, calcificada na periferia, heterogénea com 35mm de diâmetro, condicionando dilatação a montante do canal de Wirsung e das vias biliares intra e extrahepáticas com aerobilia. RM abdominal confirmou a existência de fístula biliodigestiva e levantou a hipótese de lesão proliferativa pancreática. Endoscopia digestiva alta: estrutura ovoide relatada como bezoar na segunda porção do duodeno impossível de extrair. Por oclusão intestinal alta, solicitada colaboração da Cirurgia Geral e programada a intervenção cirúrgica, mas a doente acabou por falecer por hemorragia digestiva alta. Os autores consideram relevante a descrição deste caso principalmente pela ambiguidade dos resultados fornecidos pelos exames complementares de diagnóstico realizados. Dado o desfecho do caso, não foi possível determinar a causa real da obstrução intestinal. No entanto, destacamos a hipótese do Síndrome de Bouveret, principalmente pela existência de fístula biliodigestiva.

PO-09-36

ANEMIA GRAVE EM DESPORTISTA

Priscila Nejo, Joana Rodrigues dos Santos, Sofia Carvalhana, Luis Correia, Anabela Oliveira
HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1C

A doença intestinal inflamatória (DII) é um distúrbio poligénico que consiste numa resposta inflamatória inapropriada a flora comensal. A Colite Ulcerosa e a Doença de Crohn são os dois principais tipos de DII; em 15% dos casos não se consegue estabelecer inicialmente o diagnóstico, assumindo-se colite indeterminada. Caso clínico: doente do sexo masculino, 30 anos autónomo, com antecedentes pessoais apenas de lombalgia crónica com toma ocasional de AINEs. Doente com história de dor abdominal tipo cólica durante a noite. Desde há cerca de um ano com dejecções diarreicas, tipo melenas e meteorismo. Nas últimas semanas antes da vinda à urgência os episódios tornaram-se mais frequentes. Com perda ponderal de 10% do peso no último ano. Negava cansaço , mantendo treinos aeróbicos diários. O doente apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, pálido, abdómen discretamente doloroso na região periumbilical. Toque rectal sem alterações. Analiticamente: anemia microcítica hipocrómica ferropénica (Hb 5,3 g/dL, VGM 62.7fL; HGM 17,1pg; Ferro 7.9 ug/dL; Ferritina 6,0ng/mL; CTFF 307ug/dL; Saturação da transferrina 3%) e trombocitose (617 x109/L); VS 65mm; PCR 7,78. A TC abdominal mostrou "espessamento difuso da parede do quadro cólico em praticamente todos os seus segmentos, ausência de haustras (mais evidente no cólon transverso), densificação da gordura pericólica (…) sugestivo de doença inflamatória intestinal". A endoscopia digestiva alta mostrou duas úlceras esofágicas superficiais que foram biopsadas revelando "moderada permeação por células inflamatórias. Predominantemente neutrófilos, e marcada congestão vascular. Sem displasia". A colonoscopia mostrou "lesão estenosante da sigmóide. Colite ulcerada". Fez-se biópsia que mostrou aspectos compatíveis com colite ulcerosa activa. Cumpriu corticoterapia com boa resposta clinica. Conclusão: Trata-se um quadro de colite indeterminada com francas alterações analíticas mas pela sua cronicidade bem tolerada pelo doente.

PO-09-37

COLITE COLAGENOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Santos, Dilorom Alimova
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA IV

INTRODUÇÃO: A colite microscópica é uma doença inflamatória do intestino que se caracteriza por uma diarreia crónica aquosa e em que a mucosa do cólon, quando observada através de endoscopia, tem aparência normal. Pode subdividir-se em colite colagenosa e colite linfocítica de acordo com as características do exame histológico. O pico de incidência é na meia-idade e é mais frequente no género feminino. CASO CLÍNICO: Doente do género masculino, com 84 anos de idade, que recorre ao serviço de urgência por diarreia aquosa com 6 meses de evolução. Tinha entre 8 e 10 dejecções por dia, sem sangue, muco ou pus, sem predomínio diurno ou nocturno. Negava outra sintomatologia acompanhante. No decorrer do processo diagnóstico (que incluiu análises de sangue e colonosopia com biópsias) conclui-se pela existência de uma colite colagenosa. Foi instituída terapêutica com sulfassalazina com melhoria clínica gradual. Actualmente apenas tem 1 a 2 dejecções de fezes moldadas por dia. CONCLUSÃO: Os autores pretendem demonstrar com este caso clínico que apesar da colite colagenosa surgir preferencialmente em mulheres de meia-idade pode surgir em qualquer indivíduo.

PO-09-38

GIARDÍASE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Isabel Campos, Tiago Leal, Sara Costa, Ilda Coelho, Raquel Pereira, Ana Luisa Antunes, Maria João Silva, Guilherme Castro Gomes
HOSPITAL DE BRAGA

A Giardia lamblia é um protozoário que se instala nos intestinos, podendo causar desde sintomas inespecíficos a sindroma de malabsorção. Apresenta-se o caso duma mulher de 45 anos admitida para estudo de anemia sintomática e emagrecimento de 6 kg. Não havia história de perdas, a alimentação era equilibrada e o apetite estava conservado. Havia feito terapêutica marcial, há 4 anos, para anemia ferropénica. Ao exame objectivo apenas se constatou palidez da pele e mucosas. Analiticamente: anemia (Hgb - 5,0 g/dl) hipocrómica e microcítica, reticulócitos 1,4% (IPR 0.2%), ferro sérico 18 ug/dL, ferritina 1 ng/dL, TIBC 623 ug/dL, transferrina 436 mg/dL, ácido fólico 11.8 ng/dL, vitamina B12 171 pg/mL e Haptoglobina normal; função renal, f. tiróideia, f. hepática,

ionograma e sedimento urinário sem alterações; marcadores para infeção VHB, VHC e VIH negativos; ANA, ASCA, ANCA e anticorpo anti-endomísio e anti-gliadina negativos. Do estudo imagiológico, destaca-se, na TC toraco-abdomino-pélvica, 1 angioma de 5cm no segmento II e 2 de cerca de 3 cm no segmento VII. Devido a ter evidenciado hiperplasia nodular linfóide do cólon no estudo endoscópico, foram consideradas as hipóteses diagnósticas de imunodeficiência primária e infecção por Giardia. A identificação de cistos de Giardia lamblia, em três amostras consecutivas de fezes, confirmou o diagnóstico de anemia microcitica hipocrómica em contexto de síndrome de má absorção por infestação parasitária intestinal. A doente iniciou terapêutica com Metronidazol e suplementação intravenosa de ferro e teve alta. Revista, cerca de 1 mês depois, na Consulta Externa, os valores da hemoglobina e a cinética do ferro tinham normalizado, e o exame parasitológico das fezes era negativo.

PO-09-39

TROMBOSE DA VEIA PORTA - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

Filipa S Pinho, Kátia Ladeira, Filipa Macedo, Rosa Carvalho, Vânia Gomes, Rita Matos, Ana Luísa Antunes, Sofia Caridade, Céu Rodrigues, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA, MEDICINA INTERNA

A trombose da veia porta (TVP) é uma situação rara, com morbi-mortalidade importante. Dentre as etiologias descritas, as mais frequentes são as neoplasias, cirurgia e estado inflamatório crónico hepático, podendo ocorrer também na colangite esclerosante primária, cirrose biliar primária, hepatites víricas, condições pró-trombóticas adquiridas ou hereditárias, diverticulite, pancreatite, linfadenite tuberculosa e doença inflamatória intestinal (DII). Serão descritos dois casos de TVP. Caso 1: Homem, 29 anos, recorreu à Urgência por dor e distensão abdominal com inicio há 1 mês. Referência a episódios anteriores com sintomatologia semelhante. Angio-tomografia abdominal revelou trombose extensa da veia mesentérica superior e veia porta(VP). Do estudo etiológico: serologias víricas, estudo imunológico e protrombótico negativos. Colonoscopia com mucosa ileal de aspecto nodular, cuja biópsia sugeriu doença de Chron. Caso 2: Homem de 63 anos, detectada TVP em ecografia abdominal realizada para vigilância de pólipo vesicular. Do estudo etiológico: alfa-fetoproteína 261 ng/mL e Ca19.9 162U/mL, estudo prótrombótico e vírico negativos; TC abdominal: sinais de hepatopatia crónica, alterações na captação de contraste à esquerda associadas a alterações vasculares – trombose do ramo esquerdo da porta. PET com captação hepática e periencefalopancrática. RMN com aspecto heterogéneo do parênquima do lobo esquerdo. Submetido a biópsia hepática: adenocarcinoma com estudo imunocitoquímico compatível com primário do sistema digestivo superior e glândulas anexas. A DII e as neoplasias são estados de hipercoagulabilidade com redução da actividade fibrinolítica pela ativação da cascata da coagulação, ativação plaquetária durante a inflamação sistémica, aumento dos níveis de factor V e VIII e de fibrinogénio e diminuição dos níveis de antitrombia III. A TVP é uma situação ameaçadora da vida e as diferentes etiologias devem ser consideradas.

PO-09-40

COLITE DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Carolina N. Gouveia, Karanini Ferreira, Mariana Martins, Nuno Ferreira, Patrícia Vicente, Filipa Ferreira, Ana João Pissarra, Ana Lynce, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA, UNIDADE FUNCIONAL IV, HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA

INTRODUÇÃO: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) descreve condições idiopáticas associadas à inflamação gastrointestinal, existindo várias formas de apresentação diferenciadas pela sua fisiopatologia. A colite indeterminada surge quando clínica e laboratorialmente não é possível estabelecer uma classificação. CASO CLÍNICO: Mulher, 82 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidémia. Iniciou quadro de sensação febril e sudorese noturna com 7 dias de evolução associado a perda ponderal, astenia, adinamia e anorexia não seletiva com 1 mês de evolução. Da investigação analítica inicial a salientar anemia normocítica normocrómica, leucocitose com neutrofilia, PCR: 15,5mg/dl e Urina II com leucocitúria. Assumida cistite e medicada com nitrofurantoína. Recorreu à sua médica assistente por manutenção das queixas. Na reavaliação analítica mantinha parâmetros inflamatórios (PI) elevados. Internada com os diagnósticos de febre de etiologia a esclarecer, anemia de novo e quadro consumptivo com 1 mês de evolução. Excluídas causas infeciosas, nomeadamente endocardite, tuberculose e infeções por agentes atípicos. Excluídas neoplasias sólidas ou do sistema hematopoiético tendo realizado estudo endoscópico completo com complementação por tomografia e estudo medular. Estudo auto-imune negativo. Manteve febre e astenia, sem outros sintomas. Realizou Tomografia por Emissão de Positrões que revelou marcação importante a nível do cólon direito compatível com doença inflamatória Intestinal versus colite infeciosa. Iniciou empiricamente ciprofloxacina e metronidazol com resultante apirexia, descida mantida dos PI e melhoria do estado geral. CONCLUSÃO: Usualmente a colite infeciosa, como subtipo de DII, é de um modo geral caracterizada por quadros intestinais agudos. Neste caso de apresentação atípica, assumiu-se o diagnóstico de colite indeterminada de origem infeciosa presumível, dados achados imagiológicos e boa resposta clínica e analítica à antibioterapia.

PO-09-42

DOENÇA DE CROHN E MANIFESTAÇÕES EXTRA-INTESTINAIS: UM CASO CLÍNICO

Rita Carneiro Silva, Andreia Costa, Sónia Carvalho, Fernando Salvador, Laura Carvalho, António Trigo Faria
CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO GASTROENTEROLOGIA

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, 38 anos, residente em meio rural. Antecedentes de sacroileíte bilateral seronegativa seguida em consulta externa há 4 anos. Sem medicação habitual, à exceção de anti-inflamatórios nas crises de lombo-sacralgias. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por náuseas, vómitos esporádicos, diarreia sem sangue ou muco, e dor abdominal que precedia as dejeções, com mais de 5 semanas de evolução. Nas últimas duas semanas, com anorexia, astenia, e agravamento dos vómitos, tolerando apenas líquidos e estimando perda ponderal de 12kg. No dia anterior à admissão, notou aparecimento de nódulos dolorosos nos membros inferiores. Referia olho seco, negando aftas, artralgias, fotossensibilidade ou fenómeno de Raynaud. Ao exame físico no SU, apresentava palidez cutânea e lesões nos membros inferiores compatíveis com eritema nodoso. Analiticamente, apresentava anemia e parâmetros inflamatórios aumentados, INR 1.22, hipoalbuminemia e função tiroideia normal. Foi internada no Serviço de Medicina, sob ciprofloxacina, para estudo complementar. Da investigação realizada, destacam-se calprotectina nas fezes >3000mg/kg, estudo imunológico negativo e ausência de isolamentos microbiológicos. Efetuou colonoscopia que era compatível com Doença de Crohn, assim como foi a respetiva histologia. Por febre vespertina sustentada, realizou tomografia computorizada que revelou densificação da gordura perirrectal com pequena coleção líquida inflamatória. Iniciou messalazina e prednisolona associada a metronidazol, com melhoria clínica, tendo tido alta orientada para consulta externa. Discussão/ Conclusão: Os sintomas intestinais da Doença de Crohn são frequentemente desvalorizados pelos doentes. A sacroileíte, como o eritema nodoso, podem ser manifestações extra-intestinais precoces.

PO-09-43

DOENÇA CELÍACA - A MESMA DOENÇA, DIFERENTES ESPECTROS CLÍNICOS

Vanessa Barcelos, Ana Carolina Ferreira, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva.
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE.

A doença celíaca (DC) é uma enteropatia autoimune induzida pelo glúten em indivíduos com predisposição genética. Com um espectro clinico variável, inclui a apresentação intestinal típica, extraintestinal atípica ou silenciosa. O único tratamento consiste numa dieta sem glúten. Este trabalho relata o caso de um homem de 46 anos de idade, com seguimento médico por anemia ferropénica com serologia DC positiva, sem manifestações gastrointestinais e com indicação

para cumprimento de dieta sem glúten. Foi admitido no Serviço de Medicina Interna por quadro de diarreia crónica e emagrecimento. À observação: emagrecido (IMC 20,1 Kg/m2) e com sinais de desidratação. Analiticamente, destaca-se: hipoproteinémia e hipoalbuminémia; prolongamento do tempo protrombina, INR e tempo tromboplastina parcial ativada. Enzimas de citólise hepática normais. Função tiroideia sem alterações. Serologias para os vírus de hepatite B, C, HIV, CMV e EBV negativas. Exame bacteriológico das fezes e pesquisa de toxina de Clostridium difficile negativos. Ferro sérico, transferrina e ferritina diminuídos. Ácido fólico e Vitamina B12 normais. Anticorpos anti-gliadina e anti-transglutaminase IgA francamente positivos. Endoscopia digestiva alta: bulbo e segunda porção do duodeno com apagamento das pregas e fissuração da mucosa, efectuadas biópsias. Endoscopia por cápsula: aspectos compatíveis com DC, não permitindo excluir doença complicada. Realizada enteroscopia com progressão até à terceira porção duodenal, realizadas biópsias, com resultado compatível com DC. Durante o internamento, após instituição de dieta isenta de glúten, o doente apresentou regularização do padrão intestinal e progressiva normalização das alterações laboratoriais. Foi feito reforço para efectiva adesão à dieta preconizada. A ampla variedade de apresentações da DC permanece um desafio diagnóstico. A adesão a uma dieta sem glúten é essencial para evitar a progressão e complicações da doença.

PO-09-44

QUANDO A DIARREIA PERSISTE, QUE DIAGNÓSTICOS CONSIDERAR?

Vanessa Barcelos, Ana Carolina Ferreira, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva.
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE.

O espectro clínico da infecção a Citomegalovirus (CMV) é variável e dependente do hospedeiro, sendo que no caso de imunodepressão pode associar-se a doença grave com morbilidade e mortalidade significativa. A colite a CMV no doente imunocompetente é uma entidade rara em Portugal. Neste trabalho é descrito o caso de um homem de 65 anos, com história de poliomielite na infância e tetraparésia espástica. Foi admitido no Serviço de Medicina Interna no contexto de Sépsis grave com disfunção hematológica, renal e respiratória com ponto de partida urinário, sendo instituída terapêutica com Ceftriaxona. Hemoculturas negativas, urocultura com isolamento de E.coli sensível à antibioterapia instituída. Durante o internamento com quadro de dejecções líquidas sanguinolentas e persistência da febre sobre antibioterapia dirigida. Nesse contexto realizou colheitas para coproculturas e pesquisa de toxina A e B Clostridium dificille, tendo cumprido com Metronidazol durante 10 dias. Pesquisa Campylobacter, Salmonella, Shigella e toxina A e B Clostridium dificille negativas. Perante persistência do quadro foi realizada Colonoscopia que mostrou a nível do cólon sigmóide e descendente: mucosa congestiva, hiperemiada, com úlceras serpiginosas com envolvimento contínuo, realizadas biópsias. Exame anatomopatológico com colite ulcerada com critérios morfológicos e laboratoriais (pesquisa de DNA na amostra) de etiologia infeciosa a CMV. Serologia HIV 1/2 negativa, serologia CMV IgG e IgM positiva. Foi instituída terapêutica com Ganciclovir verificando-se melhoria paulatina do quadro. Com este caso o autor ilustra uma entidade rara em doentes imunocompetentes, não estando definidos os factores de risco para Colite por CMV nesta população. Perante um caso de diarreia crónica, refractária a diferentes medidas terapêuticas e após exclusão de causas comuns, deverá ser equacionada a hipótese de Colite a CMV.

PO-09-45

PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA: CASUÍSTICA DE 55 CASOS DE UM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Mário Santos, Pestana Ferreira
HOSPITAL DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma infeção frequente e um determinante de mau prognóstico, nos doentes cirróticos com ascite. O objetivo deste trabalho é caracterizar o internamento num serviço de Medicina Interna de doentes com diagnóstico de saída de PBE, durante 5 anos. Métodos: Análise dos processos clínicos da população alvo e análise estatística apropriada. Resultados: 55 episódios de PBE diagnosticados em 47 doentes com hepatopatia crónica; média de idades de 58,2 anos (27-84); 74.4% dos doentes eram homens; a duração média do internamento foi de 13,1 dias; as principais causas da hepatopatia foram o álcool em 38 doentes e a esteato-hepatite não alcoólica em 3 doentes; em 2 doentes a causa foi considerada desconhecida; 10.9% dos episódios ocorreram em pacientes pertencentes à classe B de Child-Pugh e 30.9% à classe C; esta informação não estava disponível em 58,2% dos episódios; o sintoma/sinal de apresentação mais comum foi a dor abdominal (52.7%), seguido do aparecimento/agravamento da ascite (40%), encefalopatia hepática (29%) e febre (20%); não houve isolamento de agente etiológico em 78,2% dos episódios; a bactéria mais prevalente foi a Escherichia coli (6 casos); o ceftriaxone foi o antibiótico usado empiricamente em 80% dos episódios; houve necessidade de alterar a antibioterapia em 16,4% dos casos; o protocolo de albumina para profilaxia de síndrome hepato-renal foi realizado em 27,9% dos episódios com indicação para tal; 2 doentes evoluíram em síndrome hepato-renal de tipo 1; foi realizada paracentese de controlo em 49% dos episódios; a 38,6% dos episódios com alta não foi prescrita profilaxia secundária; a mortalidade foi de 18,2%. Discussão: Destacamos a baixa rentabilidade da paracentese na identificação do agente etiológico da infecção. Apesar da administração de albumina e da prescrição de profilaxia secundária constituírem importantes aspetos do tratamento e prevenção da PBE, estes, muitas vezes, não são cumpridos.

PO-09-47

GIST – DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Elisabete Bento Guerreiro1, Sofia Vitor2, Marco António Ferreira3, Paula Moura Santos2, Fátima Serejo2, José Velosa2.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - 1.SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2.SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA 3.SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são raros e difíceis de diagnosticar. Raramente produzem sintomas até assumirem dimensões consideráveis, sendo frequentemente diagnosticados incidentalmente durante realização de exames imagiológicos ou endoscópicos na sequência de complicações hemorrágicas, obstrutivas ou perfuração de víscera oca. Os autores descrevem o caso de uma doente de 51 anos, raça negra com antecedentes de gastrite H.pylori + e pólipo hiperplásico do cólon, internada no Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia por quadro de dejeções tipo melenas com 2 dias de evolução e episódio de síncope. À admissão, toque rectal com dedo de luva a revelar melenas e anemia (Hb 9,6g/dL) sem défice de ferro. Iniciou-se marcha diagnóstica com realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia que foram normais, no entanto, evolução posterior no internamento com episódios de hematoquézias e compromisso hemodinâmico; TC abdomino-pélvica a documentar espessamento da parede do intestino delgado. Perante foco hemorrágico não identificado e não controlado optou-se por uma abordagem multidisciplinar com a Cirurgia Geral, procedendo-se a enteroscopia no bloco operatório. Constatou-se hemorragia abundante e impossibilidade de identificação do local sangrante, pelo que se realizou laparotomia exploradora com identificação de massa no jejuno proximal. Realizou-se enterectomia segmentar, cujo exame anatomopatológico foi compatível com tumor do estroma gastrointestinal. A doente teve alta sem novas perdas gastrointestinais, orientada para oncologia médica, sem indicação para terapêutica dirigida adicional. Este caso exemplifica a dificuldade diagnóstica deste tipo de tumores, sobretudo pela sua evolução insidiosa e assintomática ao longo de meses, com expressão aguda de hemorragia digestiva média não alcançável pelos métodos diagnósticos endoscópicos convencionais. A abordagem multidisciplinar deste caso foi fundamental para o diagnóstico.

PO-09-48

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO SECUNDÁRIO A ANEMIA DE CAUSA DESCONHECIDA

Catarina Parente, António Cardoso, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Relata-se caso clínico de doente do sexo masculino, 75 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidémia, tabagismo suspenso há cerca de 2 anos e história de rectorragias ocasionais associadas a doença hemorroidária que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor torácica anterior com cerca de 8 dias de evolução e agravamento no próprio dia. O doente apresentava-se hemodinamicamente estável e taquicárdico. Realizou neste contexto electrocardiograma com onda T negativa em avL, elevação do segmento ST em avR e depressão do segmento ST em I, II e de V4-V6. Analiticamente apresentava anemia com necessidade de suporte transfusional (hemoglobina de 6.1 g/dL, microcítica e hipocrómica), elevação dos marcadores de necrose cardíaca, creatinina sérica de 2.07 mg/dL e sem outras alterações laboratoriais de relevo. Perante o quadro, admitiu-se internamento com o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio tipo 2 em contexto de anemia aguda de etiologia a esclarecer. Do estudo etiológico realizado, destaca-se tomografia computorizada abdómino-pélvica sem alterações, endoscopia digestiva alta com alguns nódulos solitários de varizes dispersos no esófago, sem estigmas de hemorragia, e colonoscopia com debrum hemorroidário congestionado, sem outras alterações. Por fim, realizou videocápsula endoscópica que revelou doença angiodisplásica do jejuno proximal. Consequentemente, foi submetido a enteroscopia de duplo balão para tratamento de 3 angioectasias jejunais com árgon plasma. O doente teve alta clinicamente bem, sendo posteriormente orientado para consulta de Cardiologia. Este caso clínico é ilustrativo de um tipo de necrose miocárdica, menos comum, num doente com factores de risco cardiovasculares conhecidos, secundária a um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigénio, por sua vez consequência de uma patologia ainda não esclarecida que implicou investigação de hemorragia digestiva obscura.

PO-09-50

BACTERIÉMIA FORA DO VULGAR

Rita Gameiro, Ana Catarina Rodrigues, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 59 anos, com mieloma múltiplo em remissão, hipertensão arterial e diabetes mellitus com nefropatia, admitida por náuseas, vómitos, diarreia incaracterística, epigastralgia e febre com 3 dias de evolução. À admissão, desidratada, destacando-se analiticamente ligeira anemia, disfunção renal grave, discreto padrão de colestase, hiponatrémia, hipercaliémia e PCR muito elevada; gasimetria sem alterações do equilíbrio ácido-base ou hiperlactacidemia; ecografia renal e vesical com aumento da ecogenicidade do parênquima com diferenciação parênquimo-sinusal mantida, ecografia abdominal sem alterações de relevo. Assumiu-se lesão renal aguda por desidratação secundária a gastroenterite aguda. Pela exuberância do quadro, imunodepressão de base e elevação de parâmetros de fase aguda, iniciou antibioterapia empírica com ciprofloxacina após colheita de hemoculturas (coproculturas não colhidas), e hidratação, com melhoria da função renal para valores basais. No 2º dia, houve remissão da diarreia, isolando-se Listeria monocytogenes em hemoculturas, cumprindo ampicilina durante 3 semanas. Por bacteriémia e dor lombar, realizou ecocardiograma transtorácico, que excluiu vegetações e RM de coluna, sem evidência de espondilodiscite. A infecção por Listeria monocytogenes é uma doença infrequente, transmitida pela ingestão de alimentos contaminados, que afecta determinados grupos de risco, como os imunocomprometidos. As neoplasias hematológicas e a diabetes mellitus constituem factores predisponentes para doença invasiva, sendo a gastroenterite aguda com bacteriémia uma manifestação rara, com um período de incubação que pode chegar a 35 dias, cujo tratamento é ampicilina ou penicilina G durante 3 a 6 semanas. As queixas gastrointestinais duram cerca de dois dias, sendo a recuperação frequentemente completa. O prognóstico é variável, sendo o terceiro agente de intoxicação alimentar com maior taxa de mortalidade.

PO-09-51

O ERITEMA NODOSO NUNCA VEM SÓ...

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: O eritema nodoso (EN) é a mais frequente forma de paniculite. A sua incidência anual é de 1-5/100 000 pessoas, afetando sobretudo mulheres jovens. Cerca de 55% dos casos são idiopáticos. As causas mais comuns incluem infeções, fármacos, doenças sistémicas como sarcoidose ou doença intestinal inflamatória. Caso clínico: Sexo feminino, 22 anos, com antecedentes de síndrome depressivo. Admitida no serviço de urgência por nódulos subcutâneos dolorosos nos membros inferiores com 2 dias de evolução. Episódio de dejeções diarreicas e rectorragias no mês anterior. Assumido eritema nodoso, medicada com AINEs, com desaparecimento das lesões e orientada para a consulta externa de Medicina. Análises: Hb 9.1g/dL, VGM 86fL, CHGM 33g/dl, Leuc 13630/L, neutr 86%, plaquetas 308000. Rouleaux eritrocitário, VS 128mm, função renal, ionograma e transaminases sem alterações, ferro sérico e ácido fólico diminuídos e ferritina normal. Título ASO, ECA e serologias víricas (hepatite B, C e VIH) negativas, electroforese das proteínas sem pico monoclonal, ASCA negativos. Radiografia de tórax: sem lesões pleuro-parenquimatosas. Ecografia abdominal sem alterações. Endoscopia digestiva alta normal e colonoscopia com erosões puntiformes dispersos pelo cólon descendente, sigmóide e recto. Realizadas biópsias do íleon terminal e do cólon descendente e sigmóide cuja histologia foi compatível com doença de Crohn. Orientada para consulta de doenças inflamatórias intestinais. Conclusão: Os autores apresentam o caso pretendendo realçar a importância do estudo da etiologia do eritema nodoso e a importância de uma história clínica e exame físico detalhados.

PO-09-52

UM CASO RARO DE ANEMIA

Jerry Simões, Eduardo Diaz, Rita Santos, José Lourenço e José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

As anemias megaloblásticas, correspondem um grupo de doenças caracterizadas por um padrão morfológico distinto das células hematopoiéticas, geralmente decorrentes de défice de vitamina B12 (cobalamina) ou folatos. Défice de folato ou de cobalamina resulta num defeito na síntese de DNA, originando um desequilíbrio do crescimento e divisão celular. Aparência microscópia desta assíncronia núcleo-citoplasmática é descrita morfologicamente como megaloblástica. Várias são as etiologias associadas sendo as principais: Défice no aporte ou na absorção; Gastrite atrófica metaplásica de etiologia autoimune; Presença de anticorpo para factor intrínseco produzido pelas células parietais; Neoplasia gástrica; Gastrite ou status pós- gastrectomia do corpo e antro ou pós jejuno-ileal. Este caso relata, um homem com 75 anos previamente autónomo nas AVDs. Recorreu ao SU por precordialgia, cansaço fácil associado ao esforço, vómitos e sudorese. Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial essencial. Não efectuava medicação em ambulatório. Dos exames complementares: Análises: Hb 9.7g/dl; VGM 126 fL; HGM 44.7 pg; ProBNP 4300 pg/ml e Troponina 7.8 ng/ml e LDH 1080 UI/L. ECG: Ritmo sinusal com infra-ST V4 a V6 e DI. Eco TT: Acinésia do ápex e dos segmentos apicais de todas paredes. Hipocinésia segmento mediano septo anterior. Tendo sido internado por Enfarte agudo de Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Descompensada e Anemia macrocítica. Como intercorrências houve agravamento da Anemia para 7.7g/dl sem perdas hemáticas visíveis. Do estudo: Acido Fólico – normal; Vitamina B12- 72 pg/ml (193-982 pg/ml); Pesquisa de Ac. células parietais – positiva; EDA: gastrite atrófica. Biópsia do corpo do estômago: gastrite crónica quiescente com atrofia e metaplasia intestinal completa (15%). Iniciou-se terapêutica de reposição da Vitamina B12 e a terapêutica dirigida a patologias que acometeram internamento, tendo-se verificado uma evolução favorável. Seguimento C. externa Hb 12.0g/dl.

PO-09-53

FALTA DE TOLERÂNCIA

Gonçalo Mendes, Ana Emídio, Mafalda Figueira, Hugo Viegas,Francisco Torres, Clara Rosa,Vitor Augusto, Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL – HOSPITAL DE SÃO BERNARDO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Doença Celíaca (DC) corresponde a uma intolerância à ingestão de glúten,presente em cereais como a cevada, centeio, trigo e malte, em indivíduos geneticamente predispostos. Sendo um desafio o seu diagnóstico, está subdiagnosticada e as suas manifestações podem envolver alterações do trato gastrointestinal (GI),sistema nervoso, endócrino e reprodutivo.Propomos a apresentação do caso de uma doente, 45 anos de idade, antecedentes pessoais de anemia desde os 16 anos, sob terapêutica com ferro oral, seguida em ginecologia, por menorragias e suspeita de polipose endometrial, a aguardar histeroscopia.Terá efectuado 2 unidades de concentrado eritrocitário por hemoglobina de 6,8g/dL,motivo pelo qual foi referenciado a Medicina Interna. Nega perdas hemáticas visíveis,alterações GI, assim como restrições alimentares, sem antecedentes familiares de anemia.Exame objectivo sem alterações de relevo, avaliação analítica com anemia ferropénica, Hb 7,8 g/d, com microcitose e hipocromia, ferro sérico 18 pg/dL, saturação transferrina 5,8 µg/dL e ferritina de 3,2ng/mL. Iniciou terapêutica marcial endovenosa, endoscopia digestiva alta (EDA) e pesquisa de anticorpo Anti t-Transglutaminase positivo, biópsia duodenal com atrofia subtotal das vilosidades, infiltrado linfoplasmocitário na lâmina própria, linfócitos intraepiteliais no topo das vilosidades, sendo estes aspectos macroscópicos sugestivos de doença celíaca. Correlacionando serologias com biópsia duodenal assim como com clínica apresentada, assume-se como hipótese diagnóstica doença celíaca, iniciando evicção de glúten da dieta. Apresentamos este caso pela complexidade do diagnóstico de DC que deve ser suspeitada em doentes com diarreia crónica, anemia ferropénica, familiares directos de portadores de DC e doentes com osteoporose de início precoce. A presença de teste serológico positivo sugere o diagnóstico. No entanto a biópsia duodenal a correlacionar com a clínica, continua a ser o exame padrão para o diagnóstico de certeza.

PO-09-54

ERITEMA NODOSO: QUANDO O SUPERFICIAL FAZ DESCOBRIR O PROFUNDO

Raquel Sousa, Bárbara Pedro, Ricardo Miranda, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO FONSECA, EPE

INTRODUÇÃO: O eritema nodoso (EN) resulta de uma reacção de hipersensibilidade tardia sendo geralmente primário ou secundário a infecção estreptocócica. A doença inflamatória intestinal (DII) como causa surge em 1 a 16% dos casos de EN. CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino de 18 anos de idade, com antecedentes de anemia ferropénica por menometrorragia, medicada com anticonceptivo e ferro orais. Recorreu ao serviço de urgência por lesões dolorosas nodulares eritemovioláceas confluentes na face anterior das pernas, com surgimento uma semana antes e medicada com amoxicilina, sem melhoria e com surgimento de diarreia com laivos hemáticos que atribuiu a toma de antibiótico. Ao exame palidez mucocutânea para além das lesões nodulares, sem outros achados positivos. Perante anemia hipocrómica microcítica de 8,8 g/dL foi enviada para consulta de Medicina Interna onde foi constatado défice de ferro com capacidade total de ferro aumentada de 488 mcg/mL e ferritina de 1 ng/mL, não justificável pelas perdas menstruais que sob anticoncepcional eram mínimas. Do estudo laboratorial: título de antistreptolisina < 200 UI/mL; prova tuberculínica negativa, anticorpos para Sacharomyces cervisiae positivos com restante autoimunidade intestinal negativa e calprotetectina fecal de 2673 mg/kg. A endoscopia digestiva alta revelou gastrite crónica e a colonoscopia total pancolite e ileíte com alteração segmentar vascular, pustulas e úlceras hemorrágicas e compatíveis com Doença de Chron. Biópsias intestinais com ileíte crónica inespecífica e colite ativa focal e as de pele eram compatíveis com EN. A ressonância magnética revelou colón redundante. Apresentou melhoria clínica intestinal e resolução do EN, com instituição de corticóides e mesassalazina. CONCLUSÃO: O EN é uma das manifestações extra intestinais mais comuns na DII, neste caso surgindo com a primeira agudização da doença e com progressão dependente da atividade da DII.

PO-09-55

A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO DE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA

Ivan Velez,Ana Palricas, Sara Nicolau, Juan Puentes, Márcia Pinto, Gonçalo Ferrão, Manuela Grego
HOSPITAL DE SANTARÉM EPE

Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino de 33 anos com antecedentes de colite ulcerosa que recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar quadro de 4 semanas de evolução com icterícia, astenia, acolia, colúria, emagrecimento e prurido generalizado que agudizou nos últimos 15 dias. À observação apresentava icterícia da pele e escleróticas. Sem sinais clínicos de encefalopatia hepática. Analiticamente, destacava-se Hb 14g/dL, VGM 79 fL, Glóbulos brancos 5700, Bilirrubina total 28.8 mg/dL, Bilirrubina directa 23.2mg/dL, GOT 71 U/L, GPT 100 U/L, Fosfatase alcalina 237 U/L, Creatinina 1.5 mg/dL, INR 1.5. Ecografia abdominal sem alterações. No decurso do estudo foram pedidas serologias para hepatites virais, marcadores tumorais e anticorpos para despiste de doenças do tecido conjuntivo, todos com resultado negativo; a colangiorressonância revelou uma via biliar principal com alguns segmentos de calibre severamente comprometido, alternando com zonas de ectasia de extensão às vias biliares intra-hepáticas pelo menos nos segmentos proximais, constituindo aspectos compatíveis com colangite esclerosante. Iniciou terapêutica com prednisolona, ácido ursodesoxicólico e colestiramina, verificando-se melhoria sintomática e laboratorial. Encaminhado para consulta de Hepatologia, não tendo sido proposto para transplante hepático pela boa evolução clínica. Iniciou posteriormente terapêutica com azatioprina. Conclusão:A colangite esclerosante primaria é uma doença caracterizada por inflamação, fibrose e estenose das vías biliares intra e extra-hepáticas, onde o processo de colestase crónica mantida leva ao aparecimento de cirrose biliar.A doença esta associada na maioria dos casos a colite ulcerosa.Neste caso foi fundamental.Neste caso foi fundamental para o diagnóstico a colangiorresonancia, por tratar-se de um exame não invasivo igualmente informativo que o gold-standard: a colangiografía retrógrada endoscópica.

PO-09-56

PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL CRÓNICA E TROMBOSE VENOSA MESENTÉRICA

Sofia Tavares, João Coimbra, Maria João Lima
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

A pseudo-obstrução intestinal crónica é uma doença rara da motilidade gastrointestinal que mimetiza uma obstrução mecânica, na ausência de alterações orgânicas oclusivas. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, de etiologia variada e frequentemente idiopática. Apresenta-se um caso de uma mulher, 71 anos, obesa, com internamento no mês prévio por trombose venosa de veias cava inferior, porta e mesentérica superior com isquemia intestinal associada e tromboembolismo pulmonar, tratada medicamente e hipocoagulada com varfarina. Internada por quadro de febre, diarreia, vómitos, dor abdominal e agravamento do estado geral, com 1 mês de evolução, tendo sido medicada nos 4 dias prévios com ceftriaxone por assumida infeção do trato urinário, sem melhoria clínica. À admissão, apresentava parâmetros inflamatórios elevados, leucocitúria discreta, sem nitritúria e pesquisa de toxina de Clostridium dificille nas fezes positiva. Cumpriu 14 dias de metronidazol com melhoria clínica inicial. Ao 5º dia de internamento inicia vómitos biliares, intolerância alimentar e obstipação (transito intestinal apenas para gases), com parâmetros inflamatórios em redução sustentada. Estudo imagiológico com persistência de tromboses venosas previamente descritas e edema da parede do cólon. Estudo endoscopico a sugerir colite isquémica, sem evidência de obstrução mecânica. Discutido caso com Cirurgia Geral, assumida pseudo-obstrução intestinal crónica e escalada terapêutica com prócinéticos, sem resposta clínica. Iniciada alimentação parentérica total. O estudo etiológico da trombose venosa revelou presença de mutação JAK2 V167F, sem evidência de síndrome

mieloproliferativo. Trata-se de um caso clínico complexo, de uma entidade clínica rara, cuja abordagem foi desafiante para as várias especialidades envolvidas.

PO-09-57

"O COMPRIMIDO QUE FICOU PELO CAMINHO! – ESOFAGITE EOSINOFÍLICA"

Rosa Mendes, Rita Herculano, Isabel Ramôa
HOSPITAL DE BEJA- SERVIÇO DE MEDICINA I

INTRODUÇÃO:A esofagite eosinofílica (EO) é uma doença inflamatória crónica do esófago de carácter recidivante. A sua incidência tem vindo a aumentar em todos os grupos etários. Um mecanismo imuno-alérgico parece estar implicado na sua patogénese. O diagnóstico é baseado nos sintomas de disfunção esofágica, endoscopicamente por edema da mucosa, estrias longitudinais e anéis traqueiformes, e histologicamente por uma inflamação com predomínio de eosinófilos (>15 eosinófilos/campo). O tratamento exige a evicção dos alergénios alimentares e corticoterapia tópica ou sistémica nos casos mais graves. CASO CLÍNICO:Rapariga, 22 anos, recorreu à urgência por "impressão" permanente na região epigástrica, após toma de comprimido antibiótico para infecção do tracto urinário, associado a náuseas, sialorreia, disfagia e regurgitação de alimentos sólidos e líquidos. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou impactação de comprimido no 1/3 distal do esófago que foi fraccionado, e laceração da mucosa de 30mm. O esófago apresentava em toda a sua extensão aspecto estriado. Iniciou dieta fraccionada e inibidor de bomba de protões, repetiu EDA após 2 semanas, mantendo as alterações descritas. Realizou biópsias esofágicas, cuja histologia revelou mais de 15 eosinófilos/campo. Em consulta apurou-se a sua história clínica. Foi sempre uma jovem saudável, sem alergias alimentares. Desde criança que toma a medicação dissolvida em água. Nos últimos meses apresentava ligeira disfagia a alimentos sólidos, optando por uma mastigação mais demorada dos alimentos. Analiticamente ligeira eosinofilia. O estudo baritado do esófago foi normal. Aguarda estudo autoimune, IgE e testes a alergénios alimentares para eventual introdução de corticoide tópico. CONCLUSÃO:Os autores destacam este caso, pela sua raridade e forma curiosa de apresentação. O diagnóstico precoce exige um elevado índice de suspeição e é fundamental para prevenir potenciais complicações como ficou evidente neste caso.

PO-09-58

ENTEROPATÍA AUTOIMUNE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ricardo Lavajo, Hugo Antunes, Juliana Pinho, Marlene Delgado, Eugénia Cancela, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, MEDICINA

Introdução: A enteropatía autoimune caracteriza-se por diarreia crónica e má-absorção associadas a alterações histológicas específicas, podendo estar presentes Ac anti-enterócito e sendo necessária a exclusão de outras causas. O tratamento baseia-se na imunossupressão mas ainda não existem guidelines. Caso Clínico: Mulher de 72 anos, quadro clinico de diarreia crónica e perda ponderal. Estudo analítico como hipocaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipoalbuminemia, anemia normocitica normocromica, eosinófilos e imunoglobulinas normais, PCR e VS negativas, hormonas tiroideias e cortisol sérico normais, ADA sérica e várias de serologias negativas, marcadores de tumores neuroendocrinos normais excepto elevação da cromogranina, estudo autoimune com ANA positivo 1/2560 com padrão homogéneo e proteina P ribosomal positiva, restantes estudo negativo inclusive anticorpos para doença celíaca e anticorpos anti-enterócito. Pesquisa de gorduras nas fezes negativa. Exame microbiológico de fezes e aspirado duodenal amicrobianas. TC Abdominal: fígado esteatósico. Colonoscopia: hiperplasia nodular linfoide,cuja biópsia é de discreta inflamação. 1ª EDA: ligeira atrofia do padrão vilositário em DII com biópsia inconclusiva. Enteroscopia por cápsula: atrofia vilositária duodenal e jejuno proximal. PET DOTA-NOC:ligeira captação duvidosa no epigástro. 2ª EDA: atrofia das vilosidades duodenais cuja biópsia mostra lesões de duodenite moderada a marcada com actividade e alteração marcada da arquitectura vilositaria sugestiva de enteropatia autoimune. Perante, a exclusão de outras causas de diarreia crónica em associação às alterações e evolução histológica numa doente com marcadores de autoimunidade, considerou-se o diagnóstico de Enteropatía Autoimune, pelo que se iniciou corticoterapia com boa resposta clinica. Conclusão: A enteropatia autoimune é uma entidade rara e de diagnóstico complexo, pelo que este caso clínico representou um verdadeiro desafio de investigação diagnóstica.

PO-09-59

DOENÇA CELÍACA – APRESENTAÇÃO EM IDADE TARDIA

João Nuno Oliveira, Teresa Sequeira, Ana Cavaleiro, Sara M. Rocha, João Araújo Correia
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO - MEDICINA INTERNA

A doença celíaca (DC) ocorre em doentes em que é formada uma resposta imunológica ao glúten (proteína encontrada em alguns cereais, nomeadamente no trigo). Os autores apresentam um caso de um homem de 66anos, referenciado para consulta de Medicina por diarreia crónica com perda ponderal associada. Ao longo de 16 meses, apresentou aumento progressivo do número de dejeções, aquosas sem sangue muco ou pus, sem relação com o período pós-prandial e com perturbação do sono. Associadas a dor abdominal em cólica de intensidade crescente, aliviadas após as dejeções. Perda de ~23% do peso corporal. Sem viagens recentes, consumo de água não engarrafada ou produtos alimentares não cozinhados, ou contacto com animais. Estudo analítico sem alterações de relevo (sem défices vitamínicos, sem alterações no doseamento de imunoglobulinas, auto-anticorpos anti-gliadina, anti-transglutaminase, anti-S. cervisiae, anti-ciptoplasma de neutrófilos negativos). Destaca-se calprotectina fecal elevada (188ug/ge) e teste de défice de lactase positivo, tendo iniciado dieta livre de lactose sem apresentar melhoria clínica. Ecografia abdominal sem alterações. Estudo endoscópico baixo apenas com diverticulose do colon sigmoide, com biópsias do sigmoide com histologia normal. Endoscopia digestiva alta com mucosa duodenal nacarada e congestiva, biopsia com atrofia das vilosidades, típica de doença celíaca. Restantes diagnósticos alternativos excluídos. Pesquisa de HLA DQ2/DQ8 ainda em curso. O doente foi orientado para consulta de nutrição tendo iniciado dieta isenta de glúten, com melhoria dos sintomas, necessitanto de curto período de corticoides. Serve o presente caso para relembrar que a DC pode surgir em qualquer idade, apesar de ser mais comummente diagnosticada em idades jovens. O seu diagnóstico em idades mais tardias torna-se desafiante, em especial na ausência de marcadores imunológicos típicos. Releva-se a dificuldade no controlo dos sintomas, sendo essencial a abordagem multidisciplinar.

PO-09-60

SÍNDROMES DE OVERLAP: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rui Almeida, Teresa Bernardo, Joana Mauricio, Susana Heitor
HOSPITAL PROFESSOU DR. FERNANDO FONSECA

Os síndromes de overlap são quadros híbridos que não encaixam no diagnóstico clássico de hepatite autoimune (HAI). Os doentes com HAI podem manifestar características de cirrose biliar primária (CBP), colangite esclerosante primária (CEP) ou de um síndrome colestático. Estes fenótipos têm em comum a presença de colestase e a sua principal relevância é a ausência de resposta convencional aos corticóides. Caso Clínico: Mulher, 38 anos, com história de obesidade, colelitíase, e alterações da enzimologia hepática após uso de pílula contraceptiva. Internada por desconforto abdominal, vómitos, colúria e icterícia. Referia toma recente de contraceptivo oral. Negava VHB, VHC e VIH, contactos de risco e consumo de álcool. Ao exame objectivo, além da icterícia, hepatomegalia lisa cerca de 2-4 cm abaixo do rebordo costal. Analiticamente com citólise hepática 10 vezes o limite superior, colestase com hiperbilirrubinemia direta e gama-globulinas 1.7 g/dl. Ecografia abdominal com fígado aumentado, contornos regulares e ecoestrutura homogénea. Admitida hepatite tóxica em contexto de toma de anticoncepcional, após exclusão de causas virais mais frequentes. Por agravamento, prosseguiu estudo etiológico. A biopsia hepática demonstrou necrose de interface e em ponte, com lesão hepatocelular compatível com HAI. A autoimunidade revelou ANA positivo 1:640; e Ac. Anti-Mitocôndria, Ac. Anti Sp100 e Ac. Anti PML positivos. A aplicação dos

critérios simplificados para HAI confirmou o diagnóstico. A positividade dos anticorpos foi concordante com CBP, estando-se perante um Síndrome de Overlap HAI-CBP. Medicada com prednisolona e ácido ursodesoxicólico com normalização da enzimologia hepática. Conclusão: Os síndromes de overlap são classificações clinicas e não entidades patológicas distintas. Os autores pretendem mostrar a importância do correcto diagnóstico, dada a sua prevalência relativamente comum, por apresentarem uma evolução clinica incerta e requerem terapêuticas não convencionais.

PO-09-61

DERRAME PLEURAL: A PROPÓSITO DE UM CASO INSÓLITO

Sílvia Nunes, Ana Sofia Pires, Carlos Fernandes, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - MEDICINA INTERNA

Homem com 60 anos, com antecedentes de infeção crónica pelo vírus da hepatite B, internado por abcesso subcutâneo, associado a picos de febre vespertina com 10 dias de evolução, com agravamento do tamanho da lesão apesar de antibioterapia com flucloxacilina. Tomografia computurizada (TC) do tórax com documentação de abcesso, na profundidade dos músculos peitorais, com bolhas gasosas no interior e pequeno derrame pleural à direita. Iniciou antibioterapia com clindamicina. Pesquisa dos marcadores víricos, vírus da imunodeficiência humana foi negativa. O doseamento de imunoglobulinas e complemento foi normal. Colhidas hemoculturas e exame cultural do exsudado do abcesso subcutâneo, este último aquando da drenagem. Nos primeiros dias de internamento apresentou diminuição do murmúrio vesicular, numa área progressivamente maior do hemitórax direito, que se verificou corresponder a um aumento significativo do derrame pleural. A toracocentese revelou exsudado parapneumónico complicado, que foi drenado através de dreno torácico. Doente permaneceu com febre, apesar de antibioterapia, alterada para ceftriaxone após isolamento de Staphylococos. Dreno removido após dias da sua colocação. Teve alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico (até completar 6 semanas de antibioterapia). Controlo imagiológico aos 6 meses, após a alta apresentou franca melhoria do derrame (vestigial), com espessamento da pleura parietal.

PO-09-62

ABCESSOS PULMONARES NUM HOSPITAL TERCIÁRIO – ANÁLISE RETROSPETIVA

Joana Carvão, João Patrício Freitas, Catarina Nóbrega, João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS

Introdução: Dada a sua baixa frequência, indolência na apresentação e taxas crescentes de resistência antimicrobiana os abcessos pulmonares (AP) apresentam-se como desafios na prática clínica. Objetivo: estudo das características clínicas, imagiológicas, microbiológicas, tratamento e prognóstico de uma população de doentes com diagnóstico de abcesso pulmonar internados num hospital terciário. Métodos: análise retrospetiva dos processos clínicos codificados como "abcesso do pulmão" (código 513.0; ICD-9) num hospital terciário, englobando os serviços de medicina interna, pneumologia e doenças infecciosas, no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2015. Resultados: Identificaram-se 40 internamentos por AP neste período. A população analisada apresentava uma média de idade de 55,2 anos (±15,2) sendo a sua maioria do sexo masculino (80%). Os sintomas mais frequentes na apresentação eram: tosse produtiva (72,5%), toracalgia pleurítica (55%) e febre (52,5%). A maioria dos doentes apresentava manifestações há menos de um mês (70%) e o tempo decorrido desde a admissão até ao diagnóstico variou entre 0 e 20 dias (média 2,2 dias ± 4,7). 18 casos foram classificados como abcessos primários. Imunodeficiência, alcoolismo, depressores do sistema nervoso central e patologia gengivo-dentária foram os factores de risco mais frequentes. Foram isolados agentes microbianos patogénicos em 37,5% dos casos, com um predomínio de bactérias Gram negativas. Todos os doentes iniciaram antibioterapia empírica e.v em combinações variáveis. A duração média do internamento foi de 25,3 dias (±13,9) e a mortalidade de 5%. Conclusão: A caracterização da população está em concordância com a literatura existente. A instituição precoce de antibioterapia e o atraso na colheita das culturas poderão, no entanto explicar a baixa percentagem de isolamentos de microrganismos em culturas. Salienta-se ainda a baixa taxa de mortalidade que só é possível com a instituição precoce de antibioterapia.

PO-09-63

PAPEL DA TROMBÓLISE INTRAPLEURAL COM TPA/DNASE NO EMPIEMA LOCULADO NO ADULTO

Ana Oliveira Monteiro, Luís Nogueira Silva, Bruno Loureiro, Maria Teresa Cardoso
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JÕAO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A combinação do activador tecidular do plasminogénio (Tpa) e desoxirribonuclease (DNase) aparece em publicações recentes como alternativa segura e eficaz ao tratamento cirúrgico do empiema complicado. Apresenta-se o caso de uma doente com empiema multiloculado submetido a fibrinólise intrapleural com instilações bidiárias, durante 3 dias de Tpa/DNase. CASO CLÍNICO: Mulher, 57 anos, previamente saudável, medicada com amoxicilina-ácido clavulânico por infeção respiratória. Ao 4º dia de antibioterapia, recorreu ao serviço de urgência por febre (38,5ºC) astenia, dispneia e expetoração hemoptoica. Apresentava derrame pleural esquerdo, PCR 350mg/L, leucocitose 12510/L e antigenúria positiva para Streptococcus pneumoniae. A análise do líquido pleural foi compatível com empiema. A TAC tóracica revelou derrame multiloculado. Realizou antibioterapia dirigida e drenagem torácica que se revelou pouco eficaz (30cc). Foi iniciada trombólise intrapleural, com instilações bidiárias durante 3 dias de Tpa e DNase com aumento da drenagem para um total de 1360cc. O controlo radiológico diário revelou diminuição progressiva do derrame. A TAC realizada 24h após último procedimento mostrou resolução quase completa do empiema, restrita a uma pequena loca posterior, com resolução completa ao final de um mês de cinesiterapia. Os parâmetros inflamatórios diminuíram no final dos 3 dias de instilação. DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: O empiema continua a ser uma causa de morbilidade e mortalidade. Frequentemente é necessário recorrer a cirurgia para destruição das locas intrapleurais. A associação de TPA/DNase aparece como alternativa à intervenção cirúrgica, está bem estabelecida na idade pediátrica, mas a evidência no adulto ainda é limitada. No caso apresentado observou-se uma alta eficácia sem complicações pós instilação. A fibrinólise intrapleural surge como alternativa viável no adulto à terapêutica cirúrgica com vantagem na redução da morbi-mortalidade e tempo de hospitalização.

PO-09-64

PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Ferreira, Arsénio Barbosa, Tiago Borges , Ana Margarida Ribeiro, Sérgio Silva
HOSPITAL DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Pneumonia Organizativa Criptogénica (COP) é um subtipo de pneumonia intersticial idiopática. A sua forma de apresentação mimetiza a Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Em alguns doentes, a ausência de resposta a antibioterapia empírica pode levantar a suspeita deste diagnóstico. Apresenta-se o caso clínico de um doente do género masculino de 79 anos de idade, trazido ao Serviço de Urgência por prostração, febre e tosse produtiva com alguns dias de evolução e sem resposta a antibioterapia empírica com azitromicina 500 mg durante 3 dias. O doente foi internado com diagnóstico de PAC com insuficiência respiratória hipoxémica e iniciou antibioterapia com ceftriaxone. Cumpriu este antibiótico durante 4 dias sem no entanto se verificar melhoria clínica e analítica significativa. Pela evolução desfavorável optou-se por alterar antibioterapia para piperacilina + tazobactam ao 4º dia de internamento. Desde então registou-se melhoria clinica e analítica lenta; completou 7 dias de piperacilina + tazobactam; não fora isolados quaisquer agentes microbiológicos. Pela evolução clinica lenta e hipotransparência triangular no RxT, optou-se por realizar tomografia computorizada (TC) torácica de alta resolução que evidenciou alterações muito sugestivas de pneumonia organizativa (áreas de opacidade em vidro despolido bilaterais difusas, muito exuberantes no lobo inferior direito, condicionando atenuação em mosaico do parênquima pulmonar). Iniciou corticoterapia (prednisolona na dose de 1mg/kg/dia) com resolução de febre, descida franca de

parâmetros inflamatórios (PCR à data da alta de 10.3 mg/L) e melhoria das trocas gasosas (sem necessidade de oxigénio suplementar à data da alta). Não foi realizada biópsia pulmonar após ponderação de riscos / benefícios e dada a óptima resposta à corticoterapia, justificando-se o provável diagnóstico pela clínica e imagem na TC torácica muito sugestiva.

PO-09-65

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

João Pedro Abreu, Elsa Gonçalves, Sofia Barroso
HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR - BARCELOS

A Insuficiência Respiratória Aguda pode ser entendida como a condição clínica onde o sistema respiratório é incapaz de manter o equilíbrio adequado das pressões arteriais de oxigénio e dióxido de carbono. A Ventilação Não Invasiva (VNI) constitui um método de ventilação mecânica que tem sido amplamente utilizado em situações de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Neste sentido, propôs-se avaliar caracterizar a população em que se instituiu VNI durante o período de 1 mês, com objetivo de perceber os preditores de mortalidade neste grupo. Efetuou-se um estudo retrospetivo e observacional num Serviço de Medicina Interna, num Hospital Distrital, sem Unidade de Cuidados Intermédios ou Intensivos, abrangendo os doentes que iniciaram VNI e que estiveram internados durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2015. Reuniu-se uma amostra de 48 doentes. A média de idades encontrava-se nos 75,9 anos, 22 indivíduos eram do sexo feminino (49%) e apresentavam um score de Rankin com moda de 4 (31,8%). 40,5 % dos doentes teriam algum grau de Insuficiência Cardíaca (IC); 38.1% teriam algum grau de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). No que respeita aos motivos que levaram à utilização da VNI a combinação de exacerbação da DPOC, IC e Pneumonia representou 48,9% dos casos (n=22); seguidamente o Edema Agudo do Pulmão com 20 % dos casos (n=9). No estudo de preditores de mortalidade o score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II e a idade foram os dois fatores que se revelaram significativamente correlacionados com o desfecho do episódio. Concluiu-se que a patologia combinada entre DPOC, IC agudizada e Infeção Respiratória foi o motivo que mais frequentemente levou à utilização de VNI. O estudo de preditores permitiu concluir que o APACHE II é o preditor mais efetivo na tradução da resposta às medidas instituídas no hospital estudado, bem como a idade do doente.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS **LCD #9**

PO-09-66

SARCOIDOSE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Santos, Gonçalo Alcobia, Ricardo Fernandes, Rita Carvalho, Ireneia Lino, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO E.P.E

INTRODUÇÃO: A propósito de um caso clínico, a sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, com apresentações clínicas distintas. CASO CLÍNICO: Doente de 55 anos, sexo feminino, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia, referenciada pelo médico assistente, por radiografia de tórax de rotina com ingurgitamento hilar e opacidades nodulares e TC (tomografia computorizada) torácica com micronodularidades dispersas pelos campos pulmonares, adenopatias mediastínicas, hilares e periesofágicas, sugestivas de natureza secundária. A doente encontrava-se assintomática, com exame objectivo sem alterações, excepto a palpação da tiróide com nódulos bilaterais, moles, móveis e indolores. Analiticamente e gasimetricamente sem alterações. Admitiu-se neoplasia de localização primária desconhecida, com metastização pulmonar e fez-se estudo para diagnóstico do tumor primário. A ecografia da tiróide mostrou nódulo volumoso mas citologia aspirativa revelou tratar-se de nódulo colóide. Em TC abdominal a destacar adenopatias abdominais superiores e nodularidades esplénicas inespecíficas. Broncofibroscopia, lavado broncoalveolar e restantes exames sem alterações. Em reavaliação analítica: ECA (enzima conversora de angiotensina) elevada (76 U/L). Por exames inconclusivos, foi submetida a ressecção pulmonar, para diagnóstico histológico, revelando-se processo inflamatório granulomatoso sugestivo de sarcoidose. No follow-up a doente mantém-se assintomática, protelando-se início de terapêutica. CONCLUSÃO: Este caso clínico visa demonstrar a complexidade diagnóstica da sarcoidose, em que cerca de 5% dos doentes são assintomáticos, podendo atrasar o diagnóstico. Este, deve basear-se em evidência de doença sistémica, presença histológica de granulomas não caseosos e exclusão de outras etiologias. A maioria não necessita de terapêutica, existindo a possibilidade de remissão da doença.

PO-09-67

NÃO EXISTE UM EFEITO CLARO DO FIM-DE-SEMANA E FERIADOS NA EVOLUÇÃO DA PNEUMONIA AGUDA – AVALIAÇÃO DE UMA COORTE DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Margarida Cortes, Samuel Fernandes, Patrícia Aranha, Brito Avô, Menezes Falcão
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

INTRODUÇÃO: A pneumonia aguda bacteriana é uma entidade clínica com um perfil de gravidade variável. O reconhecimento e instituição de tratamento precoce estão associados diretamente ao desfecho clínico. OBJETIVO: Procurámos avaliar o impacto da admissão durante o fim-de-semana e feriados em vários outcomes clínicos de doentes com pneumonia aguda. METÓDOS: Estudo retrospetivo incluindo admissões por pneumonia aguda durante o período de Abril de 1989 a Janeiro de 2016 num único centro terciário. A admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI), tempo de internamento e mortalidade foram comparados entre doentes admitidos durante a semana e doentes admitidos durante o fim-de-semana ou feriados. RESULTADOS: Durante o período de estudo foram admitidos 53854 internamentos correspondendo a 42512 doentes adultos (≥ 18 anos), com idade mediana de 84.0 anos (18-118). 30554 internamentos (56.7%) ocorreram durante a semana, 21222 (39.4%) durante o fim-de-semana e 2078 (3.9%) durante feriados. A idade (OR 1.028 IC95% 1.027-1.030, p=0.001), o sexo masculino (OR 1.239 IC95% 1.184-1.297, p=0.001), o tempo total de internamento (OR 1.006 IC95% 1.005-1.025, p=0.001) e a admissão em UCI (OR 7.191 IC95% 6.618-7.813, p=0.001) foram preditores independentes de mortalidade. Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na admissão em UCI (5.1% versus 5.0%, p=0.210) e mortalidade (19.4% versus 19.3%, p=0.374) entre a coorte admitida durante a semana e fim-de-semana / feriado. Inesperadamente, tempo total de internamento foi superior nos doentes admitidos durante a semana (Teste Mann-Whitney p=0.001). CONCLUSÕES: A hipótese que os internamentos durante o fim-de-semana e feriados se associam a um aumento de mortalidade ou a tempos de hospitalização

PO-09-68

POLIADENOPATIAS ASSINTOMÁTICAS – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SARCOIDOSE PULMONAR GRAVE

Daniel Costa Gomes, Nuno Gaibino, Joana Dinis, Cristina Ferreira, Anabela Oliveira
CHLN - HOSPITAL DE SANTA MARIA

Introdução: A sarcoidose é uma doença multisistémica de etiologia desconhecida caracterizada pela formação de granulomas não caseosos nos órgãos afectados. Num adulto jovem com sintomas constitucionais e respiratórios, eritema nodoso, visão turva e linfadenopatias hilares bilaterais, o diagnóstico de sarcoidose é muito sugestivo. Contudo, os sintomas podem ser subtis e o diagnóstico dificultado. Caso clínico: Apresentamos um caso de um jovem de 21 anos, raça negra, sem diagnósticos prévios conhecidos. Avaliado no SU por quadro com 1 mês de evolução de aparecimento progressivo de múltiplas adenopatias cervicais, axilares e inguinais. Referia ainda a presença de áreas de hipopigmentação na face desde há vários anos. Sem outra sintomatologia associada, nomeadamente sintomas constitucionais ou respiratórios. À observação apresentava linfadenopatias móveis e indolores em todos os territórios e lesões cutâneas na face sugestivas de pitiriase alba. Auscultação pulmonar e avaliação oftalmológica sem alterações. Rx tórax com alargamento mediastínico e infiltrados pulmonares bilaterais, TC tórax confirmou

conglomerados adenopáticos em todos os compartimentos mediastínicos. Analiticamente com elevação de ECA e calciúria. Biópsia ganglionar cervical e mediastínica com a presença de granulomas não caseosos, tendo sido excluída tuberculose. A espirometria revelou padrão restritivo. Confirmou-se, portanto, o diagnóstico de sarcoidose pulmonar estadio II. Optou-se pelo início de corticoterapia, verificando-se em consulta de seguimento em 1 mês remissão quase total do quadro de linfadenopatias e dos achados imagiológicos. Discussão: Uma percentagem significativa dos doentes com sarcoidose pulmonar tem uma evolução benigna e não requer terapêutica. Contudo, de acordo com a evidência actual, nos casos assintomáticos e com extenso envolvimento pulmonar (estadio II ou superior) é fundamental a avaliação da função pulmonar que caso alterada justifica o inicio de corticoterapia.

PO-09-70

IN-EXSUFLAÇÃO MECÂNICA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, A PROPÓSITO DE UM CASO DE PNEUMONIA

Alexandra Ferreira, Lourdes Cabezuelo, Ludmila Pierdevara, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE (CHA) - MEDICINA 4- UNIDADE DE LAGOS

Doente do sexo feminino, 88 anos de idade, admitido na Unidade de Internamento de Medicina por pneumonia de aspiração.Antecedentes pessoais:múltiplos internamentos com infeções respiratórias de repetição, Sequelas de Acidente Vascular Cerebral isquémico, fibrilhação auricular, hipertensão arterial e dislipidemia.Calendário vacinal atualizado, fez a vacina da gripe e desconhece alergias. Nega hábitos alcoólicos e tabágicos. Hábitos medicamentosos: nitroglicerina, pantoprazol, Rosuvastatina, amiodarona. História socioprofissional: reformada, institucionalizada em lar; sem contacto com animais.À entrada apresentava-se consciente orientada, dependente, com sonda nasogastrica, abundantes secreções purulentas, cianose labial, febre e tosse presente mas ineficaz. Analiticamente com Leucocitose 19.300, neutrofilia 89.7% e Proteína C Reativa57.2, na Radiografia de Tórax:condensação bilateral. Juntamente com Insuficiência Respiratória Tipo 1. Avaliação do Pico Fluxo da Tosse (PFT) basal=60L/minuto Iniciou-se antibioterapia com Piperacilina/tazobactam, fluidificantes de secreções, medidas de suporte e cinesiterapia respiratória, com medidas de limpeza brônquica. Foi efetuada tosse assistida manual sendo que ao 5º dia, após esta técnica, apresenta uma melhoria clinica e um PFT=80L/minuto. Implementou-se tosse assistida com o in-exsuflador mecânico pelo que no 10ºdia revela um PFT=120L/minuto e ao 15º dia um PFT=200L/minuto. DISCUSSÃO: Demonstrou-se que a tosse assistida com o in-exsuflador mecânico gera um fluxo expiratório elevado, que simula o processo de tosse, facilita o movimento das secreções dos bronquíolos para as vias aéreas superiores e posterior eliminação, em doentes com tosse ineficaz. Estes resultados refletem uma melhoria clinica, analítica e radiológica, evitando complicações respiratórias, internamentos prolongados e reinternamentos. A referir, constatou-se um internamento posterior mas por outros problemas/diagnósticos que não do foro respiratório.

PO-09-71

SARCOIDOSE AGUDA, APRESENTAÇÃO COM A SÍNDROME DE LÖFGREN

Gert-Jan van der Heijden, Luísa Eça Guimarães, Eduarda Pontes, Lúcia Marinho, Luísa Barros, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica idiopática, caraterizada pela formação de granulomas epitelioides não caseosos, nos órgãos-alvo, sendo o pulmão o órgão mais frequentemente atingido. A forma de apresentação clínica é muito variável. Pode apresentar-se de forma assintomática, insidiosa, ou de forma aguda, com atingimento multisistémico, nomeadamente com eritema nodoso, poliartralgias, febre e linfadenopatias hilares bilaterais, conhecida como Síndrome de Lofgren. Apesar de exuberante, esta forma de apresentação está associada a um bom prognóstico e a uma taxa de remissão espontânea elevada. Apresentamos um caso clínico de sarcoidose aguda sob a forma de síndrome de Lofgren. Caso clínico:33 anos, sexo feminino, com antecedentes de hipertensão arterial, asma brônquica e rinite alérgica. Recorreu ao serviço de urgência com quadro agudo de poliartralgias, eritema nodoso e um episódio de febre. Estudo analítico revelou: Elevação dos marcadores inflamatórios, doseamento de cálcio e enzima conversora da angiotensina normais. A tomografia axial computorizada torácica mostrou múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares. Fez biópsia aspirativa transbrônquica de adenopatia subcarinal cujo resultado histopatológico revelou processo granulomatoso. A pesquisa de BAAR foi negativa. O lavado bronco alveolar evidenciou alveolite linfocítica com CD4/CD8 elevada. Assim, admitiu-se o diagnóstico de Sarcoidose estádio 1. Durante o internamento a doente apresentou regressão clínica das lesões, ao 6º dia sem qualquer tratamento. Conclusões: A sarcoidose com atingimento pulmonar é a forma mais frequente de apresentação clínica. Porém, a confirmação do diagnóstico requer um alto nível de suspeição, uma vez que facilmente pode ser confundida com outras doenças infecciosas, neoplásicas e pulmonares intersticiais. O diagnóstico definitivo passa pelo estudo histopatológico, na sequência de biópsia dirigida no contexto clínico-laboratorial apropriado.

PO-09-72

LIPOMATOSE DE MADELUNG COM DPOC, UMA COMBINAÇÃO MALIGNA

Gert-Jan van der Heijden, Veronica Cabreira, Luísa Eça Guimarães, Eduarda Pontes, Florisa Gonzalez, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Introdução: A lipomatose simétrica benigna múltipla (doença de Madelung (DM)) é uma doença rara caraterizada por múltiplos depósitos subcutâneos de gordura com deposição simétrica e difusa classificada em 2 tipos. O tipo 1 (DM1) apresenta lipomatose na região superior do corpo (cervical, tronco); o tipo 2 (DM2) engloba lipomatose difusa. É mais frequente em indivíduos do sexo masculino (> 90%) de países mediterrânicos, de idade média (30-60 anos) e com hábitos alcoólicos pesados (60-90% dos casos). Embora seja uma doença benigna, o crescimento progressivo da tumefação pode invadir o mediastino resultando em compressão local havendo indicação para cirurgia. Apresentamos um caso de insuficiência respiratória severa num doente com DM1, com exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Caso clínico: Doente de sexo masculino, 65 anos, hábitos etílicos pesados, ex-fumador, com antecedentes de DPOC estádio D GOLD com hipertensão pulmonar moderada. Medicado com terapêutica broncodilatadora com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e oxigenoterapia de longa duração; DM1 com extensão cervical e dorso-lombar; Ficou internado por insuficiência respiratória (IR) tipo 2 severa no contexto da DPOC, com agudização por traqueobronquite. Verificou-se agravamento da dispneia com estridor inspiratório, realizou tomografia computadorizada cervical que revelou lipomatose mediastínica superior e lipomatose laringofaríngea supraglótica condicionando redução do calibre da via aérea. Reforçada a terapêutica broncodilatadora e corticoterapia passando a fazer VNI contínua com pressões elevadas verificando-se evolução favorável. Foi avaliado por cirurgia plástica, e decidido em conjunto com o doente, não realizar a cirurgia. Conclusão: Doentes com DM1 com obstrução da via área e com co-morbilidades a condicionar risco elevado para IR têm risco acrescido para evoluir desfavoravelmente. Nestes doentes o tratamento cirúrgico é indicado quando feito atempadamente.

PO-09-73

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO - UMA FORMA DE HIPERTENSÃO PULMONAR POTENCIALMENTE CURÁVEL

Inês Furtado, Célia Maia Cruz, Luísa Carvalho, Fabienne Gonçalves, Abílio Reis
CENTRO DO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

O tromboembolismo pulmonar crónico (CTEPH) é uma forma de hipertensão pulmonar muitas vezes olvidada e potencialmente curável - através de endarterectomia em centros especializados. A sua incidência permanece desconhecida, estimando-se que 1 a 5% dos tromboembolismos agudos (TEP) evoluam para a cronicidade. Os autores trazem o caso de um homem de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia e história de acidente vascular cerebral em 2008 (sem sequelas), associado a foramen

ovale patente - encerrado em 2010. TEP diagnosticado em 2011 incidentalmente em episódio de urgência, hipocoagulado com varfarina desde então. Síndrome coronário agudo em 2013 com cateterismo cardíaco a evidenciar estenose crítica excêntrica do segmento médio da descendente anterior (DA) e critérios de hipertensão pulmonar (PAPmédia = 61mmHg, RVP index = 23.93 Wood; PCP = 2mmHg; sem evidência de shunt. Angiografia torácica a confirmar suspeita de CTEPH. Doente proposto e aceite para endarterectomia em Paris (Centre Chirugicale Marie Lannelongue), tendo sido intervencionado em Dezembro de 2013. Realizou concomitantemente cirurgia de revascularização cardíaca (mamária-DA) e carotídea; sem intercorrências, com sucesso. Aos dois anos de pós-operatório encontra-se sem dispneia de base (classe I NYHA/WHO), sem dessaturação no teste de seis minutos de marcha (>400metros) e sem evidência de hipertensão pulmonar residual em cateterismo cardíaco direito (mPAP=23mmHg). O CTEPH é uma causa frequentemente sub-diagnosticada de hipertensão pulmonar que pode ser curável, dependente de uma avaliação e orientação precoces.

PO-09-74

DERRAME PLEURAL - POR DETRÁS DA MÁSCARA

Sofia Ramos Gonçalves, Carina Graça, Miriam Capelo, Sofia Nóbrega, Ana Isabel Costa, Pedro Balza, Luz Reis Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Objectivos: Entre a parede torácica e o pulmão, encontra-se o espaço pleural. Um derrame pleural ocorre quando existe uma quantidade excessiva de líquido neste espaço, podendo este ser secundário a diversas etiologias. Métodos: Após revisão teórica sobre este tema, os autores descrevem um caso clínico. Resultados: Doente do sexo feminino, 79 anos, doméstica, não fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia. Recorreu ao Serviço de Urgência de um hospital central por dispneia em repouso e tosse seca, com um mês de evolução. Ao exame objectivo era evidente diminuição das vibrações vocais e do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito, com macissez à percussão desta área. Gasometricamente, em ar ambiente, apresentava hipoxémia e saturação arterial de oxigénio de 90%. Realizou radiografia de tórax (Rx tórax) que evidenciou extenso derrame pleural à direita. Ficou internada no serviço de Medicina Interna para estudo, tendo-se realizado toracocentese com drenagem de líquido sero-hemático. A citologia do líquido pleural foi positiva para células malignas, com aspecto compatível com carcinoma não pequenas células e o Rx tórax pós-procedimento evidenciou presença de imagens hipotransparentes nodulares em ambos os hemitoraxes. Realizou tomografia computorizada toracoabdominopélviva que demonstrou presença de extensa neoplasia pulmonar direita, com metastização pulmonar contralateral, pleural, hepática, óssea e ganglionar. Foi submetida a broncofibroscopia óptica com biopsia, tendo a anatomia patológica sido positiva para adenocarcinoma do pulmão. Durante o internamento refez o derrame pleural, pelo que se realizou pleurodese. Teve alta clinicamente melhorada, orientada às consultas de Pneumologia, Oncologia e Terapêutica da dor. Conclusão: A ocorrência de derrame pleural secundário a um processo neoplásico não é incomum, pelo que os autores consideram importante tê-lo em consideração, apostando numa abordagem holística e integrada destes doentes.

PO-09-75

CUIDADO COM O CÃO!

Hernando Campos, Manuel Fernandes, Alexandra Novais Araújo, Maria Adélia Castelo Branco, Glória Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Homem de 75 anos, autónomo, com comorbilidades de Doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica, Linfoma Difuso de Células B, Diabetes Mellitus tipo 2 e internamentos por infeções respiratórias com isolamento de agentes atípicos na expectoração (Klebsiella oxytoca, Enterobacter asburiae). Consultou por quadro de 4 dias de febre a 39ºC, tosse, expectoração mucopurulenta e dispneia progressiva. Evidenciou-se aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose de 19400, neutrofilia de 92,1% e PCR de 18,2mg/dl), hipoxemia na gasometria arterial e condensação no terço inferior do hemitorax esquerdo, tendo ficado internado com o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade. Durante o internamento, observou-se lesão cutânea no antebraço direito, feita pelo seu cão. Isolou-se na expectoração Pasteurella Multocida, sensível a Amoxicilina/Ácido clavulânico que fez durante 7 dias no internamento com resolução clínica, analítica e gasometrica. A Pasteurella Multocida é um cocobacilo gram negativo isolado nas secreções orofaringeas de animais de estimação (cães, gatos), tendo sido identificado como agente produtor de infeções zoonóticas em humanos. Cerca do 50% dos casos de infeção acontecem pela mordedura do animal, que produz geralmente sintomas locais inflamatórios e que podem complicar-se com Abcessos cutâneos, Osteomielite ou Artrite Séptica. As infeções respiratórias são pouco comuns, apresentando-se mais em idosos, imunocomprometidos ou sujeitos com doença pulmonar crónica ou hepática. A incidência de bacteriemia é perto dos 55%, tendo uma taxa de mortalidade alta (30%), situação que não se verificou neste doente. O tratamento de eleição, além de evitar o contato com o animal hospedeiro em doentes de risco, é a Penicilina. Em doentes alérgicos pode ser usadas as Quinolonas, e as Cefalosporinas de 3ª generação ou Tetraciclinas quando se documenta resistência bacteriana.

PO-09-76

UMA FORMA DIFERENTE DE APRESENTAÇÃO DE PNEUMOCONIOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Juliana Silva, Maria João Tavares, Marta Gonçalves, Helena Sarmento, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA, GUIMARÃES

Homem de 40 anos, pedreiro há 25 anos, fumador de 23UMA, admitido no SU por dor torácica intensa a esquerda, do tipo pleurítica. Documentado infiltrado difuso bilateralmente, sugestivo de alterações crónicas do parênquima e pneumotórax de grande volume, tendo sido colocado dreno torácico sem intercorrências. Ao 5º dia de internamento, após clampagem do dreno, realizou radiografia de tórax, que mostrou resolução de pneumotórax e um infiltrado difuso com imagens vagamente nodulares. Associadamente desenvolveu tosse produtiva de expectoração mucopurulenta e elevação de parâmetros inflamatórios, tendo sido medicado com piperacilina/tazobactam. Foi solicitada TC de tórax onde se visualizavam múltiplos nódulos cavitados dispersos por ambos os campos pulmonares, predominantemente nos segmentos superiores dos lobos inferiores e lobos superiores. Foi colocado em isolamento respiratório e foram solicitados exames micobacteriológicos. Foram isolados uma Pseudomonas aeruginosa sensível à terapêutica em curso e MRSA, tendo sido associado linezolide. Ao 11º dia de internamento foi identificada por Ziehl Nielsen, a presença de Micobacterium tuberculosis, tendo sido introduzida terapêutica antibacilar quádrupla, sem intercorrências e com melhoria clínica. No 20º dia de internamento, por apresentar picos febris foi introduzida terapêutica empírica com meropenem, tendo sido isolado na expectoração uma Klebsiella pneumoniae. Do estudo efectuado relativo às alterações estruturais pulmonares e nódulos cavitados, nomeadamente broncofibroscopia, auto-imunidade, imunoglobulinas, complemento, α1-antitripsina, ECA e marcadores víricos, verificou-se não haver qualquer outra entidade nosológica subjacente além da pneumoconiose presumida.

PO-09-77

TRAQUEOMALÁCIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Costa, Ana Vaz, André Gomes, Elika Pinho, Paulo Mergulhão, Paulo Ramalho, Luís Lopes
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - PORTO

A traqueomalácia consiste numa fraqueza segmentar ou difusa da cartilagem traqueal, que pode originar um colapso quase total da traqueia na expiração. A sua prevalência é desconhecida, já que poucos estudos incidem sobre a população geral. Apresenta-se o caso de uma mulher de 77 anos de idade, com doença hepática crónica alcoólica, hipertensão arterial e patologia osteoarticular. Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos na sequência de choque hipovolémico por ruptura de varizes esofágicas, com necessidade emergente de entubação oro-traqueal para proteção da via área. Desmame ventilatório condicionado por estridor; a doente foi avaliada por Otorrinolaringologia, que

excluiu edema das cordas vocais. Foi iniciada ventilação não invasiva (VNI) e transferida para Unidade de Cuidados Intermédios. A doente evoluiu com estridor recorrente, coincidente com as tentativas de suspensão da VNI. Realizou broncofibroscopia, que mostrou colapso quase total de toda a via aérea superior durante a expiração, sugestivo de traqueomalácia. Visualizadas ainda secreções traqueobrônquicas purulentas distribuídas por toda a árvore brônquica. A doente iniciou antibioterapia empírica e cinesioterapia respiratória; manteve-se sob VNI inicialmente contínua e posteriormente intermitente, com episódios cada vez menos frequentes de estridor. Repetida broncofibroscopia após 6 dias de antibiótico e já sob VNI em desmame, que mostrou resolução total da traqueomalácia. A abordagem e prognóstico da traqueomalácia dependem da etiologia. A entubação oro-traqueal, sobretudo em indivíduos idosos, associada a infecção, é uma combinação muito favorável à sua ocorrência. O tratamento fundamenta-se em VNI contínua, treino de técnicas respiratórias que aumentem a pressão na via aérea durante a expiração e antibioterapia dirigida. O prognóstico é, nestas situações, menos sombrio do que em traqueomalácias de outras etiologias, podendo reverter na totalidade.

PO-09-78

PNEUMONIA E NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO - DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DIFERENCIAL

Dúlio Teixeira Passos, Andrea Suzana Machado, Nuno Jacinto, Paula Rocha, Rui Manuel Martins Victorino, João Meneses Santos
SERVIÇO/CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MEDICINA 2 - HOSPITAL DE SANTA MARIA - CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Introdução: Os nódulos solitários do pulmão têm múltiplas etiologias e colocam amplos problemas de diagnóstico diferencial. Os autores apresentam um caso de pneumonia com essa expressão radiológica e que, por esse motivo, causou atraso diagnóstico. Caso Clínico: Um doente de 42 anos, com tabagismo de 50 u.m.a., foi internado por nódulo pulmonar. Tinha dor pleurítica esquerda com 24h de evolução, sem sintomatologia constitucional ou outra, nomeadamente respiratória. O exame objectivo era normal. Os leucócitos eram de 10.88x10^9/L, os neutrófilos de 8.81x10^9/L e a proteína C-reactiva (PCR) de 3,3 mg/dL. A radiografia simples do tórax mostrou nódulo no ⅓ inferior do campo pulmonar esquerdo e a tomografia computorizada infiltrado nodular periférico necrótico-abcedado no lobo inferior esquerdo. Passadas 72h iniciou febre de 39.7ºC, observando-se leucócitos de 21.69x109/L, neutrófilos de 19.1x109/L, PCR de 13,2mg/dL e insuficiência respiratória parcial. A radiografia do tórax revelou imagem de derrame pleural esquerdo e a torocacentese líquido purulento. Foi feito o diagnóstico de pneumonia com empiema pleural metapneumónico. As hemoculturas e os exames culturais do líquido pleural não isolaram o agente infeccioso. As antigenúrias para Streptococcus pneumoniae e Legionella spp. foram negativas. Fez terapêutica com piperacilina/tazobacatam e, por dificuldade de drenagem do empiema, cirurgia de descorticação pleural seguida de terapêutica de reabilitação respiratória. Observou-se cura do processo com pleurite residual ligeira. Discussão: Os autores pretendem passar a mensagem de que os processos pneumónicos podem ter expressão radiológica que coloque problemas de diagnóstico diferencial e que, por esse motivo, possa haver atraso no diagnóstico e no início da terapêutica, determinando uma evolução clínica menos favorável.

PO-09-79

INFILTRADOS PULMONARES BILATERAIS - PNEUMONIA CRIPTOGÉNICA ORGANIZATIVA (COP)

Inês Albuquerque, Carolina Marini, Filipa Carneiro, Sofia Pereira
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 35 anos, fumadora, previamente saudável. Recorreu ao seu médico assistente por astenia, perda ponderal não quantificada e tosse com 2 meses de evolução. Realizou radiografia de tórax que mostrou hipotransparências intersticiais bilaterais, pelo que foi enviada ao serviço de urgência e internada no serviço de Medicina Interna. Negou dispneia, febre, consumo de drogas ilícitas e fármacos, que não antitússicos. Tinha exposição a pássaros e gatos. Apresentava crepitações dispersas na auscultação pulmonar; sem insuficiência respiratória. A tomografia computadorizada (TC) torácica revelou densificações bilaterais em vidro despolido, sugerindo pneumonia de hipersensibilidade, infecção por agente atípico ou pneumonia criptogénica organizativa (COP). As provas de função respiratória revelaram diminuição da capacidade de difusão de monóxido de carbono. Do estudo laboratorial, proteína C reativa pouco elevada, estudo imunológico negativo, bem como a pesquisa de infeção por agentes atípicos, serologia para hepatite B e C e vírus da imunodeficiência humana. O lavado bronco-alveolar revelou alveolite eosinofílica e neutrofílica e a biópsia pulmonar guiada por TC concluía por processo inflamatório granulomatoso, de provável etiologia infecciosa, a confirmar por métodos adequados, coexistindo lesões de pneumonia organizativa. Repetiu título de algumas serologias, que foram negativas, o exame cultural micobacteriológico foi negativo e repetiu TC torácica de alta resolução que mostrou melhoria das áreas de densificação em vidro despolido e com esboço de sinal do Atoll, achados muito sugestivos de COP. Assumiu-se o diagnóstico de COP, que se considerou de gravidade moderada, tendo-se iniciado terapêutica com claritromicina, e obtido boa resposta clínica. Este caso confirma que, na COP, a TC pode revelar doença mais extensa do que se esperaria pela clínica e que o tratamento com claritromicina pode ser eficaz, obviando o recurso aos corticoides.

PO-09-80

PNEUMONIA NECROTIZANTE

Joana Braga, Inês Coelho, Aissatu Cassama, Mariana Mendes, Gonçalo Salvado, Rita Resende, Luís Forte
ULS CASTELO BRANCO- SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade associada a destruição do tecido pulmonar. Entre os agentes causais destacam-se Streptococcus pyogenes, Klebsiella pneumoniae e Streptococcus pneumoniae. Tabagismo, alcoolismo, idade avançada, diabetes mellitus e doença pulmonar crónica são factores de risco habituais. A antibioterapia de largo espectro é essencial pelo risco de progressão para sépsis e falência respiratória. Complicações mais frequentes são hemoptises, abcesso, gangrena e empiema. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 60 anos, sem antecedentes de relevo, quadro clínico de tosse produtiva com expectoração hemoptóica e toracalgia posterior esquerda de caracteristicas pleuríticas, com uma semana de evolução e agravamento progressivo. Na observação, apresentava-se pálida, sudorética, febril, com baixas saturações periféricas de oxigénio e acentuada diminuição de murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo. Proteina C reativa elevada. A Tomografia (TC) tórax revelou discreto derrame pleural esquerdo e condensação em vidro despolido no lobo inferior esquerdo. Iniciou antibioterapia empírica de largo espectro e realizou toracocentese diagnóstica ecoguiada, com aspiração de líquido compatível com empiema, tendo sido colocado dreno torácico. Foi isolada Klebsiella pneumoniae produtora de betalactamases de espectro ampliado no líquido pleural, secreções brônquicas e lavado brônquico, sendo a antibioterapia dirigida ao agente isolado. A reavaliação por TC tórax evidenciou volumoso derrame pleural esquerdo, septado, com áreas de necrose no parênquima adjacente. Dado a ausência de melhoria radiológica, a doente foi referenciada para Cirurgia Cardiotorácica. Apresenta-se este caso pela raridade da entidade na ausência de factores de risco, associada à rápida evolução para destruição pulmonar e necessidade de tratamento cirúrgico. Realça-se a importância de um diagnóstico precoce com terapêutica dirigida.

PO-09-81

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE, DO PROBLEMA DAS PENAS À PENA DA DISTÂNCIA

João Gonçalves, Andrea Mateus, Joana de Castro Rocha, Fernando Freitas Gonçalves, Mariana Meireles, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO

A prevalência da Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) ronda 1 caso por 100000 habitantes. O motivo pelo qual apenas 5-15% dos indivíduos expostos desenvolve doença permanece obscuro. Pensa-se que factores genéticos e

ambientais propiciem o seu desenvolvimento aquando a exposição a antigénios indutores, sendo parte fulcral do tratamento a sua evicção. Uma mulher de 34 anos, ex-fumadora, apresentou-se com dispneia, tosse seca, perda ponderal e febre com 3 meses de evolução, associados a crepitações inspiratórias simétricas nos 1/3 inferiores do tórax e insuficiência respiratória tipo 1, sem alteração da fórmula leucocitária. A radiografia de tórax revelou hipotrasparências lineares dispersas e a TC confirmou densificação alveolar micronodular arborescente associada a focos de espessamento dos septos interlobulares periféricos nas vertentes posteriores dos andares médios e inferiores pulmonares. O lavado broncoalveolar contabilizou 50% de linfócitos com CD4/CD8 1.2 e os anticorpos IgG anti-pombo séricos foram positivos. Tratando-se de uma doente columbófila e perante os achados, na ausência de explicação alternativa, foi assumida PH. Iniciou prednisolona (0.5mg/Kg/dia) com resposta completa. A evicção alergénica foi fundamental, apesar das tentativas de negociação da doente, em metros, da distância às aves. Dois meses depois, em fase de desmame de corticóides, apresentou recidiva: um dos vizinhos é columbófilo. Na impossibilidade de mudar de habitação reiniciou corticóide sistémico com resposta parcial. As questões emocionais/sociais associadas a actividades de recreio como a columbofilia são frequentemente um passo limitante no tratamento da PH, uma doença em que o diagnóstico precoce e a evicção da exposição são essenciais. Terapêuticas alternativas com imunossupressores ou macrólidos têm sido exploradas, como poupadores ou adjuvantes da corticoterapia, em casos onde a evicção alergénica não é possível, mas, até à data, sem provas definitivas de eficácia.

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS — LCD #10

PO-10-01

UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE MASSA MEDIASTINICA

Ana Catarina Emidio, Gonçalo Mendes, João Tavares, Carlos Carvalho, Mário Parreira, Beatriz Navarro, Filomena Mesquita
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - SERVIÇO DE MEDICINA

As massas mediastínicas são lesões tumorais com origem nos órgãos torácicos. Constituem um desafio diagnóstico pouco frequente, requerendo uma abordagem clínica e radiológica estruturada. Apresentam um variado espectro de manifestações clinicas, achados histopatológicos e radiológicos. Nos adultos as mais frequentes são as neoplasias tímicas, as massas tiroideias e os linfomas. A histoplasmose, uma infeção fúngica endémica nos EUA, faz parte do diagnóstico diferencial das massas mediastínicas. Os autores apresentam o caso de um homem de 38 anos que, em Outubro 2015, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia esquerda, tipo pontada, com 2 dias de evolução, em repouso, intensidade 6/10, sem irradiação e que agravava com a inspiração profunda, com sudorese nocturna e perda de 2Kg nos últimos 3 meses. Nos antecedentes referia viagem recente aos Estados Unidos da América. Efetuou: radiografia de tórax: alargamento do mediastino; TAC torácica: conglomerado adenopático mediastínico anterior e derrame pleural esquerdo; broncofibroscopia: mucosa friável e com aspeto inflamatório. A biópsia brônquica foi negativa para neoplasia maligna, mas positiva para Histoplasma capsulatum. Foi submetido a biópsia da massa mediastínica que revelou Linfoma de grandes células primário do mediastino (LGCPM), sendo considerado um Estadio II A (conglomerado adenopático mediastínico + axilar), pelo que iniciou quimioterapia (protocolo CHOP + Rituximab). Tem-se verificado recentemente um aumento da incidência das massas do mediastino, provavelmente devido à maior acessibilidade aos meios complementares imagiológicos, que permitem o diagnóstico numa fase precoce. Muitas vezes, estes tumores são meros achados radiológicos. A natureza destas massas modificou-se nas séries mais recentes, descrevendo-se um maior número de neoplasias malignas, particularmente linfomas. Os LGCPM são uma raridade, constituindo 7% dos linfomas de grandes células B e 2.4% do total de linfomas não-Hodgkin.

PO-10-02

MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA AUTOIMUNE E NEOPLASIA: RELAÇÃO COMPLEXA DE RECONHECIMENTO PRIMORDIAL

Cátia Pereira, André Azevedo, Marisol Guerra, Ana Carvalho, Margarida Inácio, Manuel Cunha.
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA & UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A associação entre neoplasias e doenças autoimunes tem sido demonstrada. Paralelamente há uma grande variedade de condições que podem mimetizar estas doenças. Caso: Homem, 64 anos, com úlcera gástrica diagnosticada em 1992 tratada medicamente com biópsias gástricas regulares com metaplasia intestinal. Seguido em consulta de Hematologia por anemia. Aparecimento de síndrome sicca com edema palpebral esquerdo e hipertrofia parotídea/submandibular. Analiticamente: linfopenia, trombocitopenia ligeira e VS 29mm/h. Apresentava teste de Schirmer positivo, TC da órbita com espessamento do tecido celular subcutâneo palpebral e biópsia da mucosa conjuntival com suspeita de hiperplasia linfóide benigna ou linfoma não Hodgkin (LNH). Fez RMN que mostrou proptose ocular esquerda e aumento da espessura das glândulas lacrimais e das glândulas parótidas. A cintigrafia das glândulas salivares (GS) exibiu captação muito deficiente das parótidas e deficiente resposta ao estímulo secretor. A biópsia óssea revelou pequenos agregados linfóides provavelmente reativos. Encaminhado para Reumatologia com planeamento de biópsia de GS e de estudo imunológico que não chegou a realizar por episódio de hematemeses. A biópsia gástrica revelou LNH extraganglionar da zona marginal de baixo grau (MALT), confirmado por ecoendoscopia. Por apresentar condensação persistente no lobo médio e derrame pleural na TC fez broncofibroscopia. O lavado broncoalveolar sugeriu envolvimento por doença linfoproliferativa B de caraterísticas inconclusivas e a biópsia brônquica mostrou linfoma de MALT. A imunofenotipagem de sangue periférico mostrou leucemização por linfoma de caraterísticas semelhantes às do lavado. Completou quimioterapia com remissão completa e resolução do quadro clínico inicial. Conclusão: A relação entre neoplasia e manifestações reumáticas é complexa. Estas podem constituir a primeira tradução de malignidade, sendo o seu reconhecimento importante para o tratamento precoce da neoplasia.

PO-10-03

SÍNDROME DE SWEET E MIELOMA MÚLTIPLO: AS INTERMITÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO

Cátia Pereira, André Azevedo, Marisol Guerra, Ana Carvalho, Margarida Inácio, Manuel Cunha.
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA & UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A dermatose neutrofílica febril aguda, ou síndrome de Sweet (SS), consiste num processo reativo de início abrupto caraterizado por infiltrados cutâneos neutrofílicos angiocêntricos. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos e histopatológicos, podendo associar-se a doenças inflamatórias, infeciosas e neoplásicas. Caso: Homem, 49 anos, asiático, fumador, com internamentos por infeções respiratórias de repetição. Na sequência do estudo foi detetado pico monoclonal que conduziu ao diagnóstico de mieloma múltiplo (MM) a IgG/Kappa. Objetivado o início súbito de lesões cutâneas vesiculo-nodulares eritematosas em diferentes fases de cicatrização associadas a ardor, predominando no couro cabeludo e tronco. Por suspeita de escabiose, foi medicado com benzoato de benzilo sem melhoria. Iniciou tratamento para o MM com dexametasona e bortezomib, sem apresentar critérios de resposta. Durante a quimioterapia foi documentada melhoria parcial das lesões cutâneas, com agravamento nos dias seguintes ao tratamento. Paralelamente surgiu uma lesão no palato que regrediu após 1 mês sem sequelas e ocorreram dois internamentos por síndrome febril indeterminada com melhoria após introdução de antibioterapia empírica, mas sem foco evidente ou isolamento de agente infecioso. Pela persistência das lesões cutâneas referidas, fez biópsia das mesmas que revelou intenso infiltrado inflamatório com predomínio de neutrófilos, sem evidência de vasculite leucocitoclástica; a pesquisa de agentes infeciosos nos cortes histológicos foi negativa. Apresentou resposta clínica e

analítica favorável com a introdução de corticoterapia sistémica diária e o início de novo esquema terapêutico para MM. Conclusão: Apesar da SS estar frequentemente aliada a malignidade, a associação com o MM é pouco comum. Os autores pretendem demonstrar que esta entidade deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial perante doentes com distúrbios hematológicos e manifestações cutâneas.

PO-10-04

FEBRE, TOSSE E RASH...

Maksym Dykyy, Stella Verdasca, Domingas Pereira, Telo Faria, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (BEJA), SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2

Homem, 50 anos de idade, casado, condutor de pesados. Antecedentes pessoais de tabagismo (30UMA). Não toma medicação habitualmente. Recorreu ao SU por febre alta (39-40ºC) com cerca de 4 dias de evolução que cedia dificilmente aos AINEs, acompanhado de artralgias. Refere tosse escassamente produtiva. Ao exame objetivo, sem alterações patológicas aparentes, sem rash ou adenomegálias palpáveis. Analiticamente, pancitopenia com anemia macrocítica hipercrómica, PCR-24mg/dL. Rx do tórax, infiltrados pulmonares no campo médio e inferior do hemitórax direito. Internou-se no serviço de Medicina por Pancitopénia febril a causa esclarecer. Colheu-se serologias para Hepatites, VIH, Toxoplasma, CMV, EBV, Borrelia, Brucella, Coxiela, Ricketsia, Parvovirus, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamidia Pneumoniae, Legionela e Hemoculturas. TC evidenciou múltiplas imagens de condensação pulmonar com broncogramas aéreos, predominantemente periféricos e densificação peribroncovascular, bilateral. Hepatoesplenomegalia homogénea. Ecocardiograma Modo M e Bidimensional, sem alterações. Iniciou Piperacilina/Tazobactam por neutropenia febril grave. Passado 24 horas, rash pápulo-eritematoso no tronco e abdómen, e posteriormente nos membros superiores. Suspenso Piperacilina/Tazobactam. Iniciou corticoterapia com melhoria clínica. Começou Ciprofloxacina e TMP-SMX. Manteve-se sempre febril. Broncoscopia, sem alterações. Lavado brônquico para Tuberculose e Pneumocystis jiroveci – negativos. Serologias e culturas referidas a cima – negativas. Submetido punção lombar, que não mostrou alterações. Fez prova terapêutica com Naproxen fixo durante 3 dias e ficou apirético. Fez-se biópsia óssea com amostra de baixa celularidade, constituída por raros linfócitos pequenos. Citologia negativa para células neoplásicas. Mielograma com aspetos morfológicos compatíveis com Tricoleucémia/HCL. Doente foi encaminhado para Hematologia para efetuar a terapêutica.

PO-10-05

LEUCEMIA DE GRANDES LINFÓCITOS GRANULARES: CASO CLÍNICO

Daniela Franco, Ana Almeida, Rita Correia, Cecilia Moreno, Rita Resende, Maria Eugénia Andre
ULS CASTELO BRANCO

Introdução: Os grandes linfócitos granulares constituem um subtipo distinto de células linfóides, representando cerca de 10-15% do total de células mononucleares no sangue periférico. A leucemia de grandes linfócitos granulares é uma doença clonal caracterizada por infiltração medular e periférica, esplenomegalia e neutropenia. Corresponde a cerca de 2-5% das doenças linfoproliferativas crónicas. O diagnóstico é baseado na análise morfológica e imunofenotípica do sangue periférico. O aspirado medular e a biopsia medular podem ser necessários para confirmar o diagnóstico. Caso Clínico: Mulher, 39 anos. Sem antecedentes patológicos relevantes. Enviada pelo médico assistente à consulta de medicina interna por linfocitose detectada em análises de rotina. Os exames pedidos nessa consulta: Análises - linfocitose, com inversão da fórmula leucocitária. Sem outras alterações analíticas. Realizou mielograma - Amostra com características morfológicas sugestivas de medula reactiva. Salienta-se a presença de mononucleares atípicos na medula. Na citometria de fluxo do sangue periférico: Linfocitose, neutropenia relativa, Aumento da fracção de linfócitos T gama-delta que representavam cerca de 23,7% de linfócitos T e apresentavam características de linfócitos grandes granulares. Ecografia pescoço - Na região antero-superior existem formações ganglionares diâmetro máximo de 12,4mm à direita. Permitiram o diagnóstico de leucemia de grandes linfócitos granulares. A doente foi enviada à consulta de hematologia, onde mantém seguimento. Conclusão: Apesar de na maioria dos casos não necessitar de tratamento ao diagnóstico, e por vezes até, sofrer remissão espontânea, o seu diagnóstico não pode ser descurado dado que em doentes sintomáticos o tratamento é crucial e em muitos casos a remissão é completa. Importante também é o diagnóstico diferencial com outras doenças linfoproliferativas, nomeadamente alterações das células NK.

PO-10-06

UMA APRESENTAÇÃO RARA DE UMA NEOPLASIA RARA

Maria João Serpa, José Francisco Júnior, Susana Franco, Paula Peixinho, Vera Silveira, Olga Pereira, João Pinto, Teresa Padrão, Claúdia Meireles, Catarina Gouveia, Vasco Evangelista, Raquel Almeida, Cristiana Gonçalves, Andreia Carlos, Sandra Simões, Antó
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Doente do sexo masculino, 45 anos, caucasiano, trabalhador numa empresa de ar condicionado, autónomo nas actividades básicas e instrumentais de vida diária, natural de Lisboa mas residente em Angola há 6 meses. História pessoal de litíase renal. Sem medicação de ambulatório, com excepção de cumprir profilaxia da malária. Sem alergias. Um mês depois de regressar de Angola recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia e dor tipo moinha no hipocôndrio esquerdo com 4 dias de evolução, intensidade 7/10, que agravava com a inspiração profunda, sem irradiação. Negava sintomatologia urinária, alteração do trânsito intestinal, febre, náuseas, vómitos ou traumatismo. Referia, concomitantemente, emagrecimento de 7 kg em 6 meses (8.75% do peso corporal), sem anorexia, astenia ou adinamia. Ao exame objectivo , destacava-se lesão hemorrágica no palato duro e esplenomegália ligeira (2 cm abaixo do rebordo costal). Analiticamente,tinha aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 12.800/ul sem neutrofilia relativa e PCR 5.12 mg/dL), sem alterações da coagulação, função renal ou hepática. A ecografia abdominal revelou uma volumosa lesão esplénica com 90 x 62 mm, de contorno definido, heterogénea, com predomínio de áreas de liquefação interna não puras, sem vascularização valorizável no estudo doppler. Foi internado para estudo de lesão esplénica. A pesquisa de Plasmodium em gota espessa foi negativa bem como as serologias do vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e C e hidatidose. O proteinograma foi normal. Realizou uma tomografia computorizada tóraco-abdomino-pélvica que evidenciou neoplasia quística do baço e trombose da veia esplénica. Iniciou anticoagulação em dose terapêutica e foram administradas as vacinas pneumocócica, Haemophilus influenzae e Meningocócica B. Foi esplenectomizado e o estudo anátomo-patológico revelou um Linfoma difuso não Hodgkin, fenótipo B (CD20, Bcl2 e Bcl6 positivas) e gânglio linfático do hilo com aspectos semelhantes.

PO-10-07

UM TUMOR PULMONAR ENGANADOR

Ana Beatriz Amaral, João Rosa, Pedro Duarte, João Bicudo Melo, Cláudia Rodrigues, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Homem de 83 anos, com antecedentes de DPOC, tabagismo (70 UMA), FA paroxística e úlcera péptica. Polimedicado. Recorreu ao SU por agravamento de dispneia/tosse produtiva com expectoração mucosa – tendo ficado internado com diagnóstico de pneumonia da base direita com derrame parapneumónico. Regressou ao SU poucos dias após a alta, por agravamento das queixas respiratórias. Da anamnese, apurou-se, ainda, uma perda ponderal de 12 Kg (21%) nos últimos 6 meses e astenia. Sem febre/ anorexia/ sudorese/ hemoptise ou outras queixas. EO relevante: IMC 15,6 Kg/m2. Polipneico. Apirético; MV diminuído à dta; sem adenomegálias. Analiticamente apresentava evidência de infecção. Insuficiência respiratória global. Radiografia de tórax com hipotransparência 1/3 inf dto com derrame associado (sobreponíveis à anterior). Colheu exames bacteriológicos e foi internado para estudo/terapêutica com antibioterapia de largo espectro. Da investigação: serologias de hepatites e HIVs negativas; aspirado traqueobrônquico: + SAMR (TSA: S a cotrimoxazol); TC tórax: "volumosa massa tumoral a envolver o brônquio lobar inferior direito, brônquio principal direito e carina, medindo 66x92x65 mm; derrame pleural

bilateral, de maior volume à direita; enfisema centro-acinar e para-septal difuso; massa da suprarrenal esquerda 40x42x38 mm". Fez broncofibroscopia e lavado broncoalveolar ambos compatíveis com linfoma não Hodgkin B difuso de grandes células (LNH-B). Foi referenciado para C. Hematologia para continuação de cuidados. O LNH-B pode ocorrer em qualquer idade, mas afecta principalmente o idoso. Geralmente apresenta-se como uma massa de crescimento rápido, podendo afectar vários órgãos. A apresentação extranodal primária do LNH-B ocorre entre 10 a 35% dos casos, sendo a sua manifestação pulmonar rara (cerca de 4%). Apesar de ser de crescimento rápido, responde bem ao tratamento, podendo a cura ser atingida em 50% dos casos, dependendo do estadio da doença na altura do diagnóstico.

PO-10-08

CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Filipa Quaresma, Nuno Germano, Luís Bento
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA

Apresenta-se um caso de hemorragia digestiva que foi a manifestação inaugural de um linfoma. Homem de 82 anos, com história de cardiopatia isquémica com angioplastia e colocação stent, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca; fibrilhação auricular; aneurisma da aorta abdominal com prótese infra-renal; rins poliquísticos. Sob anticoagulação e antiagregação simples. Quadro de hemorragia digestiva baixa com lesão ulcerada de íleon terminal, 15 dias antes do internamento. Admitido por melenas e dor abdominal com hipotensão, fez TC abdominal com suspeita de hematoma subagudo periaórtico (leak) vs conglomerado adenopático. Analiticamente, Hb 7.9 g/dL e INR 10 pelo que se protelou cirurgia e foi admitido em Unidade de cuidados intensivos por choque hemorrágico e hipovolémico. Sem novas perdas, fez endoscopia digestiva alta, sem alterações, e colonoscopia com alterações sugestivas de colite isquémica. Extubado foi transferido para cirurgia ao 6ºdia, sob antiagregação simples. Ao 8ºdia teve episódio de hematemeses e hematoquésias, com queda de Hb até 5g/dL. Readmitido na UCI, colonoscopia com resolução da colite isquémica. Reentubado ao 9ºdia por exaustão respiratória com necessidade suporte transfusional diário e suporte aminérgico. Arteriografia sem hemorragia activa e, pelo risco cirúrgico, fez enteroscopia por cápsula com identificação duvidosa de possível fístula aorto-entérica. Por persistência de choque hemorrágico foi submetido a cirurgia com perfuração e hemorragia. Fez ressecção ileal parcial cuja histologia revelou linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B. Desenvolveu peritonite terciária por deiscência da anastomose e veio a falecer ao 28ºdia por choque séptico refractário. Este caso aborda a estabilização hemodinâmica no choque hemorrágico, numa apresentação atípica de um linfoma com necessidade de elaborada marcha diagnóstica.

PO-10-09

UMA APRESENTAÇÃO RARA DE LINFOMA

Luís Ramos dos Santos, Tatiana Henriques, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução O quilotórax é uma entidade rara, pode ser traumática ou atraumática, e define-se pela acumulação de trigilicéridos no espaço pleural. Das causas não traumáticas a malignidade é a mais prevalente, com os linfomas a representarem 70%. Objectivo: descrever uma apresentação rara de Linfoma mediastínico. Métodos: consulta do processo clínico após consentimento informado. Caso Clínico 52 anos, sexo feminino, com dispneia progressiva e toracalgia pleurítica no hemitórax direito com 2 meses de evolução. Sem sintomas B. Ao exame objectivo corada, hidratada, hemodinamicamente estável e eupneica, com semiologia de derrame no 1/3 inferior do hemitórax direito, sem adenopatias periféricas. Analiticamente com velocidade de sedimentação 74mm/s, lactato desidrogenase de 386 U/L e radiografia tórax com derrame pleural direito moderado. A toracocentese revelou um líquido amarelo leitoso, pH 8, mononucleares e triglicéridos de 440mg/dL. A pesquisa de células neoplásicas foi negativa. Instituída dieta com triglicéridos de cadeia intermédia. A tomografia computorizada mostrou derrame pleural bilateral, conglomerados adenopáticos volumosos desde a área pré-traqueal até à região inguinal com a maior, subcarinal, a medir 54x33mm. A biópsia por toracoscopia foi diagnóstica para Linfoma Não-Hodgkin de Grandes Células B, estádio IIIa tendo a doente iniciado quimioterapia com melhoria dos conglomerados e resolução total do derrame ao final do 4º ciclo. Conclusão O derrame pleural é reportado à apresentação em 18-20% dos casos de linfoma. Geralmente são exsudados mas raramente quilotóraxes. Um valor de triglicéridos ≥110mg/dL é muito específico para quilotórax. O quilotórax confere um pior prognóstico pela desnutrição e imunodeficiência secundárias sendo importante a intervenção dietética. O tratamento é etiológico sempre que possível, podendo ser usada pleurodese, shunt peritoneal ou ligação do canal torácico. Na ausência de traumatismo a exclusão de neoplasia é obrigatória.

PO-10-10

DOENÇA DE KIKUCHI – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATIAS

Diana Pedreira, Rita Silvério, Paula Lopes, Pedro Carreira, Manuela Fera, A. Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - HOSPITAL DE SÃO BERNARDO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso de uma doente de 39 anos observada no Serviço de Urgência (SU). Referia nos 2 meses prévios febre inicialmente contínua e posteriormente esporádica, de predomínio vespertino, associada a adenomegalias cervicais algumas das quais com regressão espontânea. À observação destacava-se adenopatia supra-clavicular esquerda e cervicais jugulo-carotideias bilaterais de consistência elástica, não aderentes aos planos profundos, não dolorosas à palpação, bem como adenopatia occipital com cerca de 3cm de maior diâmetro, dolorosa ao toque, com sinais inflamatórios, que motivara a observação no SU. Da avaliação analítica efetuada salientava-se leucopénia com inversão de fórmula leucocitária e anemia microcítica e hipocrómica, sendo que a radiografia de tórax mostrou alargamento mediastínico. Para melhor caracterização realizou tomografia computorizada tóracica que evidenciou múltiplas adenopatias homogéneas sem sinais de necrose de localização cervical bilateral, predominantemente nos triângulos posteriores. Perante quadro de adenopatias de etiologia a esclarecer foi pedida serologia VIH (negativa), Mantoux (anérgico), IGRA (negativo) e efetuada excisão da adenopatia occipital, enviada para exame anátomo-patológico. Durante o internamento verificou-se hipersudorese noturna com apirexia mantida e manutenção das dimensões e características das adenopatias. Avaliações analíticas seriadas sobreponíveis à da admissão. O estudo anátomo-patológico revelou tecido de gânglio linfático com lesões de doença de Kikuchi. A doente manteve acompanhamento em Hospital de Dia de Medicina Interna medicada com anti-inflamatórios não esteroides e, posteriormente e por ausência de melhoria clínica, com corticoterapia sistémica. Atualmente clinicamente melhorada. Este caso ilustra a dificuldade que muitas vezes se apresenta na prática clínica em efetuar um diagnóstico diferencial minucioso, altura em que a multidisciplinaridade é essencial.

PO-10-11

UM CASO DE EMBOLIA PULMONAR

Yahia Abuowda, Filipa Pedro, Nuno Craveiro, Sofia Mendes, Ana Alves Oliveira, Cristina Santos
HOSPITAL DE SANTARÉM

As trombofilias são uma perturbação da hemostase que predispõem, de forma hereditária ou adquirida, para a ocorrência de fenómenos trombóticos venosos (TEV) ou arteriais. Um evento trombótico atípico, isto é, com início em idade precoce, recidiva frequente, história familiar, localizações invulgares migratórias ou generalizadas e com gravidade desproporcional ao factor desencadeante, deve levantar sempre a suspeita de trombofilia. Caso Clínico: Homem de 57 anos, recorreu ao SU por toracalgia direita pleurítica, que aliviava com o decúbito lateral esquerdo, associada a cansaço fácil e tosse hemoptóica. Apresentava antecedentes de tabagismo e história familiar de tromboembolismo pulmonar (TEP) com irmão falecido aos 50 anos e pai com morte súbita de causa não apurada. Ao exame objetivo apresentava apenas MV diminuído na base direita com macicez à percussão. A radiografia torácica revelou hipotransparência triangular à direita. Analiticamente apresentava D-dímeros elevados e discreta

hipoxémia em ar ambiente. A angio-TC de tórax confirmou o diagnóstico de TEP. Foi iniciada anticoagulação e após estabilidade clínica o doente teve alta. Na consulta de seguimento, dada a história familiar e insistência do doente em suspender a medicação, realizou-se estudo genético que revelou presença da variante de gene protrombina F2g 20210 G«A em heterozigota. O rastreio universal das trombofilias não está recomendado pelo que só deve ser efetuado após minuciosa avaliação clínica tendo em conta critérios específicos, de forma a evitar erros de interpretação e terapêutica desnecessária. O estudo é pedido em casos de TEV não provocado, se for tomada a decisão de parar anticoagulação e se houver familiar 1º grau com TEV. É importante explicar que o estudo só reconhece doentes de risco mais elevado. Contudo, se o resultado da investigação for negativo a probabilidade de recorrência de TEV não provocado é ainda elevada, estando recomendada a anticoagulação sem termo.

PO-10-12

UMA CAUSA RARA DE PANCITOPÉNIA

Inês Ricardo, Inês Colaço, Diogo Cruz, J.L. Ducla Soares
CHLN HSM MEDICINA I D

Leucemia a plasmócitos (LP) é uma variante rara de mieloma múltiplo, caracterizada por níveis elevados de plasmócitos no sangue periférico. Pode originar-se de novo (LP primária) ou apresentar-se como transformação secundária de mieloma múltiplo. Os autores descrevem o caso de um homem de 60 anos, sem patologias conhecidas, internado por discrasia hemorrágica mucocutânea com 2 meses de evolução, cansaço e dispneia para médios esforços associado a pancitopénia grave. Analiticamente apresentava anemia (Hemoglobina 3.6g/dL), trombocitopénia (9.000x10^9/L), Leucopénia (3.27x10^9/L). Ecografia revelava hepatoesplenomegália e adenopatias no território do tronco celíaco. Da avaliação complementar destaca-se: elevação da ferritina 660ng/mL, beta2-microglobulina aumentada (10.72mg/L), eritropoietina aumentada (266mIU/mL), função renal e calcémia normais; eletroforese das proteínas com hipogamaglobulinémia sem pico monoclonal. Sangue periférico revelava 27% de plasmócitos. Imunofenotipagem do sangue periférico com 22% de células com fenótipo compatível com plasmócitos. Na imunofixação sérica ligeiro aumento das cadeias leves livres Lambda e na imunofixação da urina vestígios de Bence Jones Lambda. Mielograma com medula normocelular com 2% de plasmócitos. Biópsia óssea documentou uma medula hipercelular com infiltração difusa e massiva por células plasmocitárias bem diferenciadas com numerosos corpos de Russel e corpos de Dutcher. O estudo imuno-histoquímico com restrição da expressão citoplasmática para as cadeias leves lamda das Igs e ausência de marcação para CD56; sem elementos hematopoiéticos. Tomografia computarizada evidenciava lesões líticas dispersas pela coluna lombo-sagrada e ossos ilíacos. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de leucemia a plasmócitos primária, doença rara, após uma marcha diagnóstica com elementos pouco típicos, tendo o doente sido referenciado à Hematologia para terapêutica e seguimento.

PO-10-13

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Sara Mendonça Freitas, Ana Reis, Diana repolho, Joana Oliveira, Ana Filipa Barros, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A Macroglobulinemia de Waldenström é uma neoplasia maligna de células linfoplasmocitárias secretoras da paraproteína IgM. É frequentemente insidiosa podendo manifestar-se por fadiga (devidoa anemia), adenomegalias, esplenomegalia, envolvimento pulmonar com derrame pleural, sintomas de má absorção, secundários à hiperviscosidade e suscetibilidade a infeções. Mulher de 82 anos internada no mês anterior por diarreia e febre intermitente com 2 meses de evolução. Foi diagnosticada uma pneumonia (cumpriu ciclo antibiótico), gamapatia monoclonal IgM kappa, insuficiência cardíaca; foi ainda submetida a colonoscopia (sem alterações), a biópsia do cólon revelou infiltrado linfoplasmocitário. Posteriormente foi internada por recorrência da diarreia e febre. Objetivamente apresentava palidez das mucosas, semiologia de derrame pleural e edema periférico. Analiticamente: Hb 10g/dL, leucocitose com neutrofilia, ureia 122mg/dL, creatinina 1.55mg/dL, PCR 9.6mg/dL, pesquisa de toxina de Clostridium difficile positiva. A diarreia melhorou inicialmente após ciclo de metronidazol; recorreu e resolveu após ciclo de vancomicina. Como intercorrências teve bacteriémia a Morganella morganii e cistite a Klebsiella pneumoniae. Realizou mielograma que revelou monoclonalidade dos linfócitos B medulares associada a paraprotinémia IgM; a imunofenotipagem revelou 12.9% linfócitos B com expressão monoclonal kappa; calcémia normal, albumina 3.1g/dL, beta2-microglobulina 10.58mg/dL, IgM 354mg/dL; proteinúria de 158 mg/24h, proteína de Bence Jones negativa. Efetuou toracocentese que revelou um transudado, citologia com células linfóides e plasmocitárias. Iniciou corticoterapia com melhoria clínica lenta mas progressiva. Pretende-se demonstrar a importância do internamento como janela de oportunidade para o diagnóstico de quadro clínicos complexos multissistémicos. Neste caso trata-se de uma patologia cujo tratamento e acompanhamento precoce pode melhorar significativamente o prognóstico.

PO-10-14

POLICITEMIA VERA, UMA PATOLOGIA MULTIFACETADA

Sara Mendonça Freitas, Ana Isabel Reis, Joana Oliveira, Diana Repolho, Ana Filipa Barros, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A Policitémia Vera (PV) é uma entidade rara cuja incidência aumenta com a idade. Esta patologia consiste numa alteração na célula progenitora hematopoiética multipotente na medula óssea que resulta num aumento da produção de eritrócitos, granulócitos e plaquetas fenotipicamente normais. A clínica caracteriza-se por eventos trombóticos arteriais ou venosos (secundários à hiperviscosidade decorrente do aumento da massa eritrocitária) ou eventos hemorrágicos. Mulher de 77 anos internada por quadro de hemiparésia e hemihipostesia esquerda. A tomografia computorizada crânio-encefálica revelou lesão isquémica aguda do território distal da artéria cerebral média direita. Analiticamente apresentava Hb 17.8g/dL e hematócrito de 56.8%. Durante o internamento houve diversas intercorrências: hemorragia digestiva alta com repercursão hemodinâmica, trombose venosa profunda de membro inferior e episódio de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. O diagnóstico de PV foi efetuado com base na clínica, na eritrocitose, trombocitose, leucocitose e presença da mutação JAK2-V617. No início do internamento efetuou uma flebotomia tendo depois iniciado terapêutica com hidroxiureia. Devido ao episódio de hemorragia digestiva optou-se por fazer hipocoagulação, mantendo heparina de baixo peso molecular em dose profilática, tendo-se assistido a uma com melhoria do volume e do empastamento da coxa. Atualmente encontra-se com hematócrito normalizado sob 500mg de hidroxiureia; não ocorreram novos episódios trombóticos/ hemorrágicos. Pretende-se com este caso abordar uma doença rara mas com manifestações multissistémicas em que a Medicina Interna tem um papel fulcral no diagnóstico e conduta terapêutica. A doente apresentava a quase totalidade do espectro clínico da doença, com complicações graves e potencialmente fatais e limitativas condicionando diminuição franca da sua qualidade de vida atual.

PO-10-15

LEUCEMIA AGUDA BIFENOTÍPICA COM METASTIZAÇÃO ÓSSEA

Mafalda Sousa, Ana Canelas, Catarina Machada, Joana Lopes, Ana Cristina Carneiro, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA E ESPINHO

Caso clínico: Doente de 79 anos, autónoma, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares e portadora de pacemaker, recorreu ao serviço de urgência após ter sido contatada pelo laboratório de análises cínicas por alterações no estudo analítico com leucocitose marcada e blastos no sangue periférico. Quanto questionada a doente referia perda ponderal de cerca de 5Kg num mês, náuseas, sem vómitos, tonturas e cefaleias ocasionais. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo, nomeadamente linfadenopatia ou hepatoesplenomegalia. Analiticamente constatada anemia (10.6 g/dL) e

leucocitose (143.08 x10^3) com 57% blastos. Foi decidido internamento para investigação e tratamento com hidroxiureia e alopurinol. Realizou imunofenotipagem que revelou leucemia linfoblástica aguda B com expressão de marcadores mieloides (CD33 e CD15) e pequena população blástica com expressão aberrante (CD19). Realizou ainda cariótipo com a presença da translocação t(9;22)(q34;q11.2) - gene de fusão BCR-ABL1. Na TAC toracoabdominopélvica destaca-se "expansão do corpo vertebral de D10, com fratura associada, a sugerir fratura patológica´, sem outras alterações nomeadamente hepatoesplenomegalia, adenomegalias ou massas de tecido linfóide. Para melhor caracterização desta lesão seria necessária ressonância magnética, contra-indicada nesta doente por ser portadora de pacemaker ou biópsia. Foi decidido instituir medidas de estabilidade da coluna dorsal e vigilância de dor/défices sensitivos-motores. Discussão: As metástases ósseas são uma manifestação à distância comum de uma variedade de neoplasias sólidas, mas raramente relatadas em leucemias. A presença de metástase única necessitava de confirmação por outros métodos de imagem ou por biópsia. No entanto, visto que o tratamento seria sempre conservador, e tendo em conta o prognóstico da doente, optou-se por não prosseguir com o estudo etiológico. A doente faleceu cerca de 3 meses após alta hospitalar por intercorrência infecciosa.

PO-10-16

MIELOMA MÚLTIPLO – ANÁLISE DE SOBREVIDA

Pedro Oliveira, Sara Rodrigues, Clara Santos, Daniela Lopes, Henrique Coelho, Ana Ventura
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia de plasmócitos. O MM é responsável por 1% de todas as neoplasias e 10% de todas as neoplasias hematológicas. Pretendemos avaliar todos os doentes diagnosticados com MM neste hospital, num período de 6 anos, caracterizar os seus dados demográficos, estadio e tipo de doença, tipo e resposta ao tratamento, mortalidade fatores que influenciam a sobrevida. Estudo retrospetivo de todos os doentes com diagnóstico de MM entre 01-01-2010 e 31-12-2015, com análise de dados demográficos e da sobrevida. A análise estatística foi realizada no SPSS ® versão 23. As curvas de sobrevida foram calculadas pelo método de Kaplan-Meier com análise pelo teste Log-Rank. Foram englobados 96 doentes (50 homens e 46 mulheres), com idade média de 69 anos. A maioria tinha MM de cadeias pesadas (n=82). De acordo com o International Staging System (ISS), 29 doentes tinham estadio 1, 23 estadio 2 e 44 estadio 3. O tempo médio de follow-up foi de 24 de meses. Cerca de 40% (n=39) dos doentes apresentou envolvimento renal. Em relação à resposta ao tratamento, 12 doentes apresentaram remissão parcial ou completa, 24 evoluíram com doença estável, 13 recidivaram e 42 tinham doença em progressão. Dos restantes, 5 tinham sido transferidos para outro centro para transplante autólogo de células hematopoiéticas. De todos os doentes, 37 faleceram (2 em recidiva e 35 com progressão da doença). A infeção foi a causa de morte mais frequente (n=19), seguida das causas cardiovasculares (n=3). Na análise da sobrevida, o estadio com ISS superior apresentou pior prognóstico (p=0,022), assim como os doentes com lesão renal (p=0,012) e os doentes com mieloma de cadeias leves (p=0,019). O MM é uma doença neoplásica com atingimento sistémico, pouco frequente, com fraca resposta ao tratamento. A mortalidade é elevada. Dos fatores encontrados com pior prognóstico para a sobrevida destaca-se o estadio ISS avançado, lesão renal e MM de cadeias leves.

PO-10-17

TROMBOCITOPÉNIA E SUAS MÚLTIPLAS ETIOLOGIAS

Joana Oliveira, Ana Reis, Diana Repolho, Sara Freitas, Bárbara Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) caracteriza-se por uma diminuição na contagem plaquetária causada por excesso de destruição de plaquetas. Em muitos casos a etiologia não é identificada. Reportamos o caso de um homem, 24 anos, caucasiano, operário fabril, com história de tabagismo, admitido através do Serviço de Urgência por aparecimento de lesões petequiais e equimoses a nível dos 4 membros; Nos 4 dias prévios ao internamento, referiu quadro autolimitado de diarreia aquosa, sem sangue, muco ou pús, associado a mialgias e calafrios e tratamento dentário com antibioterapia prévia com amoxicilina e ácido clavulânico 1 mês antes. Analiticamente a destacar, trombocitopénia 5.000 plaquetas/mcL; LDH 399UI/L, esfregaço de sangue periférico sem evidência de agregados plaquetários. Serologias negativas para vírus de imunodeficiência humana e vírus hepatotrópicos. Ainda no Serviço de Urgência realizou transfusão de plaquetas desleucocitadas, pulso de metilprednisolona e imunoglobulina humana. O estudo realizado em internamento foi compatível com infeção recente por Citomegalovírus (CMV), com negatividade para infeção por vírus de Epstein-Bar e Parvovírus B19 e estudo auto-imune negativo. Evoluíu com boa resposta ao tratamento iniciado, sem discrasia hemorrágica e com subida paulatina do valor de plaquetas (60.000 plaquetas/mcL). Teve alta orientado para consulta de Medicina Interna com normalização da contagem plaquetária e a fazer redução gradual da dose de corticoterapia. O diagnóstico de PTI é frequentemente de exclusão. Geralmente, o risco de hemorragia é baixo, aumentando quando a contagem de plaquetas é inferior a 10.000/mcL. O tratamento deve basear-se na prevenção da hemorragia, sendo que no caso específico da infecção por CMV em doentes imunocompetentes existe ainda falta de consenso quanto ao melhor tratamento a adoptar. No caso do doente apresentado, a corticoterapia revelou-se eficaz produzindo melhoria clínica e analítica.

PO-10-18

POLICITEMIA VERA E TROMBOEMBOLISMO VENOSO

João Costelha, Joana Carneiro, Artur Barros, Paula Brandão
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 2

A Policitemia Vera (PV) é uma doença mieloproliferativa caracterizada pelo aumento da massa celular eritróide associada a uma mutação no gene JAK 2. A hiperviscosidade sanguínea resultante predispõe a ocorrência de fenómenos trombóticos. Estes e os eventos cardiovasculares são as principais causas de morte da PV, consequentemente a história de trombose é um critério chave para a estratificação do risco e da terapêutica a instituir. Os mecanismos fisiopatológicos da trombogénese na PV são complexos e ainda não estão totalmente esclarecidos, contudo o processo passa pelo aumento celular, alterações das funções e interacções sinérgicas entre os elementos sanguíneos e o endotélio vascular. Esta publicação revê o caso clínico de uma mulher de 66 anos internada por insuficiência respiratória grave secundária a Tromboembolismo Pulmonar bilateral sem antecedentes patológicos relacionados. Sob hipocoagulação, efectuou-se estudo complementar que revelou uma trombose venosa profunda extensa no território da veia femoral esquerda. Teve alta com hipocoagulação oral e uso de meia compressiva, sendo orientada para consulta externa onde se confirmou a alteração da fórmula hematológica com aumento celular das três linhas, já presente durante o internamento. O esfregaço pedido revelou anisocitose rubra e plaquetária e neutrófilos hipergranulares. No estudo subsequente da etiologia do Tromboembolismo Venoso foi realizada uma ecografia abdominal que demonstrou presença de esplenomegalia, foi solicitado o doseamento do nível sérico da eritropoietina, estando o seu valor dentro dos limites normais. A confirmação da mutação do gene JAK 2 com o aumento da massa celular eritróide permitiu o diagnóstico da PV. Associada à doença identificou-se posteriormente uma complicação trombótica bastante específica como a Eritromelalgia, caracterizada pela presença de extremidades rubras/ cianosadas, dolorosas e com prurido aquagénico.

PO-10-19

ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA A DAPSONA: RELATO DE CASO

Alexandra Couto, Sílvia Paredes, Carla Fidalgo, Margarida Ramos-Lopes, Narciso Oliveira, Teresa Pimentel
HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A dapsona é uma das causas de hemólise e metahemoglobinemia, causando stress oxidativo directo aos eritrócitos. Ocorre mais frequentemente em doentes com défice de G6PD, mas pode ocorrer hemólise oxidativa em glóbulos vermelhos sem défices enzimáticos e em doses terapêuticas. Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 55 anos, caucasiana, com antecedentes de psoríase palmoplantar pustulosa, tendo iniciado dapsona 100mg id duas semanas antes. Recorreu ao serviço de urgência por astenia e dispneia para pequenos esforços, com necessidade de alectuamento nos dois dias prévios, mal-estar abdominal inespecífico, sem náuseas ou vómitos. Referia estar mais pálida que o habitual, negando hemorragias. Ao exame físico apresentava palidez mucocutânea, abdómen com dor difusa à palpação, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal; sinais vitais: TA 86/56mmHg, pulso 88/min, FR 16/min, SpO2 (FiO2 21%) 89%. Analiticamente, anemia macrocítica (Hb 7.7 g/dL, VGM 99.6 fL), esfregaço de sangue periférico com anisocromia, anisocitose e esquizócitos, 4.4x103leucocitos/µL, 107x103 plaquetas/µL, LDH 594 U/L, bilirrubina total 1.92 mg/dL, haptoglobina indetectável; teste de Coombs indirecto positivo. Gasimetria arterial revelou metahemoglobinemia de 8.2%. Ecografia abdominal com discreta esplenomegalia homogénea (14cm). Foi transferida para Unidade de Cuidados Intermédios, suspensa a terapêutica com dapsona e iniciado tratamento com ácido ascórbico 1000mg id. Não foi administrado azul-de-metileno, pela impossibilidade de doseamento da G6PDH. Após 48 horas foi transferida para a enfermaria onde apresentou melhoria clínica e analítica. Foi reavaliada em consulta 1 mês depois, apresentando hemograma normal. Conclusão: O caso relatado pretende demonstrar a importância de incluir no diagnóstico diferencial de anemia a hemólise secundária a fármacos, que cursa com sintomatologia inespecífica mas pode apresentar alterações analíticas relevantes, como a metahemoglobinemia.

PO-10-21

UM CASO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN T PERIFÉRICO

Sónia Almeida, José Ramalho, Marta Cerol, Marta Valentim, Ana Gameiro, Margarida Cabrita
HOSPITAL DE SANTARÉM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA 3

INTRODUÇÃO: Os Linfomas Não-Hodgkin T (LNH T) periféricos incluem vários subtipos histológicos e representam 10-15% dos LNH agressivos. Apesar das diferenças significativas na histopatologia e na apresentação clínica, os mais frequentes são os LNH T periféricos sem outra especificação. CASO CLÍNICO: Homem, 73 anos, previamente autónomo com antecedentes de hipertensão arterial, Diabetes mellitus tipo 2 NIT e LNH de alto grau com necrose em biópsia de úlcera gástrica, gastrectomia parcial realizada há 5 anos e seguimento em consulta de Hematologia. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre e tosse produtiva desde há uma semana, já medicado com antibioterapia, sem melhoria. Objectivamente apresentava perda ponderal e múltiplas adenopatias dérmicas/subcutâneas na face, pescoço, tronco e membros superiores. Realizou tomografia computorizada de crânio e corpo que confirmaram lesão na pálpebra superior direita, adenopatias cervicais, axilares, mamárias internas e mediastínicas, extensa área de condensação no lobo superior esquerdo e esplenomegália não homogénea. A biópsia cutânea de uma lesão no membro superior direito foi sugestiva de "processo linfoproliferativo não Hogdkiniano" e a biópsia excisional de gânglio supra-clavicular esquerdo que confirma LNH T. Apesar de instituída antibioterapia de largo espectro, verificou-se rápido agravamento do estado geral com períodos de dispneia e febre refractárias à terapêutica, seguido de quadro de choque com falência multiorgânica, falecendo no 18º dia de internamento. CONCLUSÃO: Nos estudos moleculares e citogenéticos não estão documentadas anomalias recorrentes com importância diagnóstica. Todos os subtipos, com excepção do linfoma anaplástico ALK+ têm mau prognóstico, com sobrevivências livres de progressão aos 5 anos <30% e medianas de sobrevivência de 2-3 anos. Cerca de 40% dos doentes apresentam uma recaída precoce após esquemas de quimioterapia de indução intensiva e 20-40% recidivam após auto transplante de medula óssea.

PO-10-22

SÍNDROME DE HELLP E TROMBOFILIA, UMA ASSOCIAÇÃO RARA.

José Pereira, Tânia Sales Marques, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luis Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A síndrome de HELLP (hemolysis, Elevated Liver enzynes, Low Platelets) é uma emergência obstétrica, definida como o conjunto de hemólise, aumento das enzimas hepáticas e trombocitopenia numa gravida. Apresentamos o caso de uma mulher de 26 anos, previamente saudável, gravida de 39 semanas e 5 dias. Referenciada a consulta de alto risco de obstetrícia por hipertensão arterial, proteinuria e edemas bilaterais simétricos dos membros inferiores. Ao exame objetivo destacava-se pressão arterial de 154/87mmHg. Analiticamente: Hb10.9g/dL, Plaquetas104.000, ALT84 U/L, AST95 U/L. Assumiu-se síndrome de HELLP sendo a doente internada em unidade de cuidados intensivos com posterior indução do parto e cesariana. Após este evento teve alta medicada com Nifedipina e contraceptivo oral (CO)(Desogestrel + Etinilestradiol). 4 meses após a alta recorreu ao serviço de urgência (SU) por lipotimia associada a toracalgia opressiva e dispneia. À entrada do SU, estava em choque (pálida e sudorética), PA 86/45mmHg, FC de 116bpm e hipoxemia de 86%. Na gasimetria arterial a destacar hipoxemia com hipocapnia, com elevação dos d-dímeros e marcadores de necrose miocardica. AngioTC: tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso. Assim por TEP com critérios de gravidade fez trombólise com rTPA com boa resposta clinica. Teve alta sob Varfarina e suspendeu o CO. Do estudo das trombofilias constatou-se heterozigotia para a mutação PT20210G>A do gene da protrombina e elevação do factor VIII. Por TEP provocado com mutação de baixo risco trombogenico tem indicação para fazer até 6 meses de anticoagulação oral. A gravidez aumenta o risco tromboembolico, assim, por a doente apresentar TEP prévio em associação com trombofilia congénita, tem indicação para anticoagulação no pré e pós-parto numa futura gravidez. Este caso mostra a importância do estudo de trombofilias em mulheres jovens pós TEP pela sua implicação na abordagem terapêutica de futuras situações e pela coexistência de fatores congénitos e adquiridos.

PO-10-23

DERRAME ANTI NEOPLÁSICO

Vitor Freitas, Sofia Salvo, Ines Santos, Claudia Janeiro, Paulo Avila, Madalena Lisboa
CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTONIO DOS CAPUCHOS, MEDICINA 2.1

As reacções adversas em relação com terapêutica são uma forma comum de iatrogenia. Enquanto muitos dos efeitos secundários são potencialmente evitáveis, em especial se relacionados com dose cumulativa do fármaco, outros são idiossincráticos e imprevisíveis. O Dasatinib é um inibidor da tirosina quinase de 2º geração utilizado no tratamento da Leucemia Mielóide Crónica (LMC) com excelentes resultados. Um dos principais efeitos secundários é o desenvolvimento de derrame pleural, afectando entre 10 – 33% dos pacientes, com tempo médio de desenvolvimento de 11 meses. Os autores apresentam um caso de uma doente de 73 anos, com história de LMC e Hipertensão Arterial Essencial (HTA), sob terapêutica anti hipertensiva e Dasatinib 100mg/dia, desde 2012; Seguida na consulta de Medicina Interna desde Janeiro 2014. Em Março inicia quadro de cansaço fácil e sensação de dispneia. Analiticamente com BNP baixo não correlacionável com o grau das queixas apresentadas e "disfunção renal de novo", constatando-se em radiografia (RX) de tórax derrame pleural bilateral. Na marcha diagnóstica e em discussão com hematologia impunha-se despiste de patologia infecciosa ou neoplásica "de novo". Realizou Tomografia Computorizada de Tórax (TC-T) que demonstrou derrame pleural bilateral livre, sem outras alterações. Procedeu-se a toracocentese, com saída de líquido quiloso, que após processamento excluiu causa infecciosa e neoplásica. Embora

hemodinamicamente estável assistiu-se a rápido refazer do derrame, admitindo-se uma relação directa com o Dasatinib pese embora a terapeutica já durasse há mais de 2 anos. Suspendeu fármaco em internamento, com redução franca das dimensões do derrame pleural, tendo alta assintomática e sem Dasatinib. Voltou à consulta três semanas após a alta, sem evidência de derrame em RX de tórax. O interessante deste caso esteve no longo tempo (mais de 2 anos) que mediou o aparecimento do derrame pleural, obrigando à exclusão de outras etiologias para o mesmo.

PO-10-24

MACROGLOBUMINEMIA DE WALDENSTRÖM E HEPATITE C - UMA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO

Guiomar Pinheiro, Inês Furtado, Samuel Fonseca, Tiago Almeida, Ana Campar, Teresa Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

A macroglobulinemia de Waldenström (MW) é um distúrbio linfoproliferativo de células B caracterizado por infiltração linfoplasmocítica da medula óssea e produção de IgM sérica, cursando com sintomas constitucionais e de hiperviscosidade. Os autores trazem o caso de uma mulher de 60 anos, sem antecedentes de relevo conhecidos, fumador activa, com consumo de drogas injectáveis. Apresentou-se no serviço de urgência com astenia e gengivorragias com um mês de evolução. Analiticamente com proteínas totais de 10g/dL, sem hipercalcemia. Acresce diagnóstico de novo de hepatite C genótipo 3a com carga viral de 287000 UI/ml. Coagulação com apTT cerca de 2 vezes o limite superior do normal e hiperviscosidade (25,5cps). Imunoeletroforese a revelar gamapatia monoclonal do tipo IgM/kappa e citometria de fluxo (medula óssea) compatível com linfoma linfoplasmocítico. Assumido diagnóstico de MW, tendo iniciado esquema de quimioterapia. A MW é uma patologia rara constituindo 1-2% das neoplasias hematológicas. Os seus factores desencadeadores são desconhecidos mas poderá haver uma associação com a infeção por HCV, conforme ilustrado no presente caso.

PO-10-25

BICITOPENIAS: UM ACHADO OU UMA SUSPEITA?

Rafael Nascimento, Sofia Nóbrega, João Freitas, Dina Santos, Maria Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS – SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: A incidência de bicitopenias nos adultos não se encontra esclarecida, sendo o objetivo deste trabalho determinar a existência desta alteração entre 2011 e 2015, bem como caracterizar a sua etiologia, evolução ou transformação. Materiais e Métodos: Os autores apresentam um estudo retrospetivo de 5 anos (2011-2015), utilizando como amostra os doentes internados nesse tempo, com um dos seguintes diagnósticos de alta: anemia não especificada (n/e), leucocitopenia n/e ou trombocitopenia n/e. Recorrendo à consulta de processos clínicos, estudou-se a presença de bicitopenia e posteriormente caracterizou-se a amostra, excluindo doentes com menos de 18 anos e doentes submetidos a quimioterapia ou transfusões sanguíneas. Aplicou-se uma matriz demográfica à população. Observou-se dias de internamento, a queixa principal de cada doente, tal como, palidez, astenia, febre, discrasia hematológica e infeção frequente. Colheu-se os valores de eritrócitos, hemoglobina, leucócitos, plaquetas, níveis de acido fólico, cianocobalamina, ferritina, estudos serológicos e esfregaço de sangue periférico. Analisou-se também dados, tais como: presença de adenopatias e/ou hepatoesplenomegália; realização de medulograma e Tomografia Axial Computorizada. Por fim, inferiu-se sobre a taxa de sobrevivência de 3 anos após identificação de uma bicitopenia com ou sem etiologia apurada. Resultados: Dos 88 doentes analisados, 31% apresentavam uma bicitopenia mantida. Identificou-se uma etiologia neoplásica em 26%, infeciosa em 26%, autoimune em 19% e mais raramente outras causas, tais como intoxicação por metotrexato e síndrome hemofagocítico. Dos doentes com bicitopenias salienta-se: em 22% ausência de uma etiologia; em 44% mortalidade 3 anos após o diagnóstico etiológico. Conclusão: Os autores realçam uma mortalidade ao fim de 3 anos em 83% dos doentes cuja etiologia da bicitopenia não ficou esclarecida. Deste modo, alerta-se para a necessidade de acompanhamento e estudo destes doentes.

PO-10-26

HEPATOMEGALIA AGUDA EM DREPANOCITOSE

Liliana Ribeiro dos Santos, Joana Rigueira & Ana Paula Vilas
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 2B (DIRETOR: PROF. DOUTOR RUI MM VICTORINO)

Introdução: A hepatopatia é frequente na drepanocitose e inclui os síndromes vaso-oclusivos hepáticos. Estes variam desde a crise hepática, facilmente resolvida com hidratação e analgesia, até ao sequestro hepático (SH) e colestase intra-hepática, potencialmente fatais. Estes últimos são raros, persistindo incertezas quanto à melhor abordagem terapêutica. Caso clinico: Homem de 23 anos, melanodérmico, com drepanocitose homozigótica, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor nos quadrantes direitos do abdómen e no ombro esquerdo. Assumiu-se crise vaso-oclusiva por incumprimento terapêutico. Ao 2º dia de internamento iniciou dor sobre o 1/3 médio da clavícula esquerda, a que depois se juntaram sinais inflamatórios locais. Laboratorialmente ocorreu subida dos parâmetros inflamatórios mantendo-se os parâmetros de hemólise estáveis. Ponderou-se enfarte ósseo complicado de osteomielite, hipótese apoiada pelo estudo ecográfico. Ao 5º dia agravou a dor a nível dos quadrantes direitos do abdómen. À observação apresentava hepatomegália dolorosa sem limite inferior identificável. Laboratorialmente ocorreu diminuição brusca do hematócrito (até Hb 5.9gr/dL; Htc 22%), sem subida dos parâmetros de hemólise e com elevação ligeira das transaminases. Considerada a hipótese de crise vaso-oclusiva hepática com sequestro, fez ecografia abdominal que comprovou hepatomegalia marcada com o limite inferior a chegar à FID e o limite interno do lobo esquerdo a estender-se até ao HCE. Assumiu-se sequestração hepática. Inicialmente tratado com transfusão diária de 1 UCE, fez posteriormente exsanguineo-transfusão com descida significativa de HbS e remissão do quadro. Conclusão: O SH, potencialmente fatal, é causado pela obstrução dos sinusoides por células falciformes com consequente acumulação de sangue no fígado. Caracteriza-se por um rápido aumento das dimensões do fígado e agravamento da anemia. A exsanguíneo-transfusão parece contribuir para um melhor prognóstico.

PO-10-28

MIELOMA MÚLTIPLO PRODUTOR DE CADEIAS LEVES KAPPA EM DOENTE COM DORSO-LOMBALGIA, LESÃO RENAL AGUDA E HIPERCALCÉMIA

Nuno Reis Carreira, Luís Vale, Madalena Lisboa, Helena Estrada
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - SERVIÇO MEDICINA 2.1, CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL E.P.E.

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia da linhagem B, caracterizada por uma proliferação monoclonal excessiva de plasmócitos secretores de imunoglobulina (Ig) anormal. O MM apresenta clínica diversa, incluindo dor óssea (70%) ou fractura, lesão renal, susceptibilidade a infecções, anemia, hipercalcémia, coagulopatia, sintomas neurológicos e manifestações de hiperviscosidade. 20% dos MM são apenas produtores de cadeias leves (Kappa e Lambda). Caso clínico: Mulher, 71 anos, turista. Antecedentes de histerectomia e HTA medicada com lisinopril, recorre ao SU por dorsolombalgia de agravamento progressivo, com abuso de AINE's (máx. 16/dia). Clinicamente hipertensa. Analiticamente: anemia, lesão renal aguda, hipercalcémia e hiperfosfatémia. Imagiologia: osteofitose na coluna dorsolombar. Ecografia renal sem alterações. Admitiu-se LRA e hipercalcémia de etiologia a esclarecer, iniciando-se fluidoterapia. Em avaliação posterior, PTH, Vitamina D-25, TSH, fT4, ECA e electroforese de proteínas sem alterações, com pico monoclonal na região gama ausente em traçado de electroforese. B2-microglobulina: 15,89mg/dL. Ig's séricas baixas. Cadeias Kappa livres elevadas (17900mg/dL) e Lambda normais. Urina 24h: hipomagnesiúria, cálcio e fosfato normais; proteinúria marcada; IgG normal; cadeias leves Kappa aumentadas e Lambda normais; proteína Bence Jones presente. Rx crânio: múltiplas lesões líticas. TC-TAP: trabeculação óssea ´em grão de pimenta´, imagem lítica em D8 e ilíaco esquerdo. Admitido MM secretor de cadeias leves, iniciou dexametasona com melhoria da função renal, calcémia e fosfatémia. Doente recusou mielograma, decidindo continuar cuidados no seu país. Conclusão: Descreve-se um caso que suscitou interesse, não só pela apresentação clínica inicial, como pela marcha

diagnóstica que implicou. Destaca-se o facto de se tratar de um MM com uma electroforese de proteínas sem alterações, secretor de cadeias leves, confirmado em imunofixação sérica e urinária.

PO-10-29

LESÃO VERTEBRAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES

Sara Ferreira, Helena Miguel Moreira, Maria Duarte, Susana Ferreira
HOSPITAL DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O linfoma B difuso de células grandes é o subtipo histológico mais comum de linfoma não Hodgkin (LNH), sendo responsável por cerca de 25% dos casos. A apresentação clínica típica consiste no aparecimento de uma massa de crescimento rápido, habitualmente ao nível dos gânglios linfáticos cervicais ou abdominais. A doença extranodal/ extramedular ocorre em cerca de 40% dos casos, sendo mais comum o atingimento do tracto gastrointestinal. Contudo, pode surgir noutros locais, como por exemplo o osso. Apresenta-se o caso clínico de um doente do género masculino de 77 anos que inicia dor lombar, sem alívio com o repouso, com irradiação para anca e joelho direitos. Apresentava ressonância magnética (RM) lombar realizada em ambulatório a evidenciar massa tumoral em torno de L4, assim como lesões ósseas de menores dimensões em L5 e nos ossos ilíacos. Internado no Serviço de Medicina Interna por suspeita de metastização óssea, para estudo do tumor primário. Durante a investigação etiológica, o doente realiza RM da coluna dorsal que revela, adicionalmente, extensa lesão infiltrativa paravertebral direita com maior expressão a nível de D5-D6 e D11 e D12. Realiza ainda tomografia computorizada de tórax que revela lesão parietal na topografia da cartilagem costocondral do 3º arco costal esquerdo com cerca de 55x18mm. A biópsia desta lesão revelou linfoma B difuso de células grandes. O doente iniciou radioterapia e quimioterapia com melhoria das suas queixas álgicas. O LNH primário do osso é um subtipo raro de linfoma, sendo responsável por menos de 2% de todos os linfomas em adultos. A grande maioria dos casos são linfomas B difusos de células grandes. A apresentação clínica consiste em lesões ósseas destrutivas, solitárias ou múltiplas. A maioria dos doente apresenta dor que não alivia com o repouso. Em cerca de metade dos casos, ocorre extensão da doença óssea aos tecidos moles circundantes. A presença de fracturas patológicas pode fazer parte da apresentação clínica.

PO-10-30

SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS COMO FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Catarina Teles Neto, Laura Igreja, Andreia Araújo, José Pedro Andrade
HOSPITAL DE SANTARÉM - SERVIÇO MEDICINA INTERNA 3

INTRODUÇÃO E OBJETIVO. No contexto das síndromes mieloproliferativas (SMP) BCR-ABL1(-), a policitémia vera (PV) e a trombocitose essencial (TE) destacam-se como fatores de risco para trombose. A estratificação de risco na PV e na TE está centrada na probabilidade de desenvolver complicações trombóticas e não necessariamente na sobrevivência ou risco de transformação leucémica/fibrótica. O objetivo é destacar as recentes conclusões acerca da patogénese, prevenção e tratamento das complicações vasculares nestas patologias. METODOLOGIA. Revisão teórica atualizada do risco cardiovascular associado às SMP. RESULTADOS. As taxas de prevalência de trombose major no momento do diagnóstico são de 34-39% para a PV e 10-29% para a TE. Na maioria dos casos os eventos arteriais foram mais prevalentes do que os venosos e os eventos trombóticos mais comuns do que os hemorrágicos. O enfarte do miocárdio e a insuficiência cardíaca são as causas de morte mais comuns nos doentes com PV. DISCUSSÃO. Tanto na PV como na TE, a idade avançada e a história de trombose são fatores preditores independentes de trombose recorrente. O principal objetivo da terapêutica na PV e na TE é a prevenção de complicações trombo-hemorrágicas. Nos doentes de baixo risco com PV este objetivo é atingido com o uso de aspirina em baixa dose associada a flebotomia (hematócrito <45%); nos doentes de alto risco é recomendado adicionar-se a hidroxiureia. O tratamento com bussulfano e interferão-alfa é frequentemente eficaz nos casos de insucesso da hidroxiureia. Uma melhor compreensão dos eventos moleculares que conduzem ao estado de hipercoagulabilidade nas SMP BCR-ABL1(-) pode proporcionar uma terapêutica dirigida com reversão da coagulopatia.

PO-10-31

QUANDO A BIÓPSIA NÃO DÁ O DIAGNÓSTICO FINAL

Vasco Evangelista, Cristiana Gonçalves, Vera Silveira, Susana Franco, Maria João Serpa, Teresa Padrão, Raquel Almeida, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A anemia perniciosa constitui uma causa frequente de défice de vitamina B12, sendo caracterizada por atrofia gástrica com consequente carência de factor intrínseco de Castle. Representa uma doença comum em todos os grupos étnicos, apresentando um pico de incidência por volta dos 60 anos. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 64 anos admitida no Serviço de Urgência com quadro de astenia, adinamia e tonturas com cerca de 3 meses de evolução. Da anamnese salientava-se história de talassémia minor, doença osteoarticular degenerativa e apendicectomia. Ao exame objectivo encontrámos pele e mucosas descoradas, sopro sistólico grau III/VI à auscultação cardíaca e parestesias em meia nos membros inferiores. Analiticamente apresentava pancitopénia (Hb 7.0 g/dL, Leuc 2.900 uL, Plaq 60.000 uL), reticulocitose (4.6%), vitamina B12 muito diminuída (< 150 ng/L), ácido fólico normal e haptoglobina baixa (< 8 mg/dL). O esfregaço de sangue periférico revelou anisopoiquilocitose e hipocromia. Perante os referidos resultados analíticos admitiu-se hemólise em relação com défice de vitamina B12 (pela eritropoiese ineficaz) em doente com hemoglobinopatia de base. Foi realizada endoscopia digestiva alta. O exame anátomo-patológico das biópsias gástricas revelou lesões de gastrite crónica atrófica e em D2 verificou-se padrão morfológico compatível com doença celíaca. Todavia, os anticorpos anti-transglutaminase tecidular e anti-gliadina resultaram negativos. Por seu lado, o anticorpo anti-célula parietal do estômago também solicitado revelou-se positivo, com anticorpo anti-factor intrínseco de Castle negativo. Os resultados serológicos sugeriam hipótese diagnóstica alternativa de anemia perniciosa, pelo que se procedeu a suplementação da doente com vitamina B12 (cobamamida) com correcção da pancitopénia e franca melhoria clínica. Este caso é exemplificativo de uma patologia frequentemente subdiagnosticada, cujos achados endoscópicos e histológicos são altamente inespecíficos.

PO-10-32

VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA NECRO-TIZANTE EM ASSOCIAÇÃO A SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

Joana Sotto Mayor, André Santa Cruz, Dalila Costa, Margarida Robalo, Sofia Esperança, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Homem,60 anos,com HTA,dislipidemia,DM tipo 2 e cardiopatia isquémica; polimedicado.Recorreu ao Serviço de Urgência(SU)por quadro com 3 semanas de evolução de manchas pruriginosas de agravamento progressivo,inicialmente no membro superior esquerdo com progressão para o direito, membros inferiores e tronco.Associadamente: astenia, adinamia, mialgias, perda ponderal de 3kg; tosse seca, dispneia para pequenosesforços, temperatura subfebril e hipersudorese nocturna.Referiu contactos sexuais de risco há mais 15 anos.Sem consumo de drogas.Sem outras queixas.Objectivamente:subfebril (Taur 37,8ºC),petéquias em todos os membros e tronco,sem atingimento das mucosas.Analiticamente:anemia macrocítica hipercrómica(Hb 9.2g/dL),trombocitopenia(36.000),leucocitose (16.600/uL) com monocitose e 5% células básticas no sangue periférico, PCR 159mg/L, sem outras alterações.Sedimento urinário: eritroproteinúria.Raio X de torax e ecografia abdominal,sem alterações de relevo.Ficou internado para estudo. No internamento identificou-se:pico monoclonal do tipo IgG/kappa;ratio cadeias leves normal no sangue periférico,mas aumentado na urina 24h(predomínio de cadeias kappa com quociente k/l: 15.46);sem défice de ácido fólico,vitamina B12 ou ferro;estudo vírico sem alterações;ANA 1/80,sem outras alterações no estudo auto-imune;hemoculturas negativas.Histologia das lesões cutâneas

biopsadas:"Vasculite leucocitoclástica com necrose fibrinóide da parede vascular".Mielograma:´Medula óssea hipocelular.Os elementos celulares da série eritróide e mielóide,apresentam sinais de desvio da maturação à esquerda e características a favor de mielodisplasia.Observados blastos,com variedade morfológica".Biópsia óssea:"Aspectos sugestivos de Síndrome mielodisplásico/mieloproliferativo com acentuada expansão e diminuição da maturação da linha mielóide".Iniciou corticoterapia com regressão das lesões cutaneas,dos parâmetros inflamatórios e recuperação do hemograma.Seguimento em consulta de Hemato-Oncologia.

PO-10-33

ANEMIA MACROCÍTICA - UMA APRESENTAÇÃO PECULIAR

Pedro Freitas, Susana Marques, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher, 70 anos, antecedentes de hipertensão, dislipidémia, cardiopatia isquémica. Aparentemente bem até há 5 meses, quando iniciou quadro de instalação progressiva de astenia, fraqueza muscular e parestesias nos membros inferiores com necessidade de auxiliares de marcha. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por agravamento das queixas. À observação destacava-se mucosas descoradas, impossibilidade de marcha, ausência de défices neurológicos focais, edema bilateral prétibial. Analiticamente evidenciava anemia macrocítica. Teve alta referenciada a consulta de Medicina Interna. Na consulta, referiu restrição de ingesta de produtos de origem animal, negou hábitos etanólicos e cirurgias gástricas prévias. Observação sobreponível à já descrita. Analiticamente destacava-se agravamento da anemia e da macrocitose, doseamento de Vitamina B12 (VitB12) baixo (<83 pg/ml), função tiróideia, cinética do ferro, ácido fólico e electroforese das proteínas sem alterações, e autoimunidade negativa (inclusivé anticorpos anticélulas parietais e anti-factor intrínseco). O esfregaço de sangue periférico evidenciava anisocitose e macrocitose dos eritrócitos, com algumas células em gota. Assumiu-se o diagnóstico de anemia por deficiência de ingesta de VitB12. Aconselhou-se alterações nos hábitos alimentares e instituiu-se terapêutica com cianocobalamina, com remissão das queixas e normalização de todos os elementos acima referidos. A anemia por défice de VitB12 tem múltiplas etiologias dentre elas o défice de ingesta de VitB12. O cansaço, dispneia, palpitações, sintomatologia neurológica, glossite e queilose podem caracterizar o quadro clínico. O diagnóstico baseia-se na clínica, na avaliação analítica (com doseamento baixo de VitB12) e na exclusão de outras etiologias responsáveis por este défice. A particularidade deste caso reside na sua apresentação clínica, com sintomatologia neurológica desde o início. A evicção da causa e a reposição de VitB12 são a pedra basilar para o tratamento.

PO-10-34

ANALGESIA INOFENSIVA? IATROGENIA DO METAMIZOL

Nuno Ferreira Monteiro, Joana Alves Vaz, Maria Manuela Soares, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL DE EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

No doente internado podem surgir alterações laboratoriais não enquadráveis no quadro clínico em avaliação. Apesar de poderem configurar patologias adicionais superimpostas à de base devemos sempre excluir o papel dos fármacos nestes "achados". Apresentamos o caso de uma mulher de 80 anos com dor osteoarticular crónica que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse e edema periférico com 1 semana de evolução. À observação subfebril, com hipoxémia ligeira, fervores bibasais à auscultação pulmonar e edema dos membros inferiores. Análises: Hb 9.5g/dL, VGM 100fL, leucograma normal, plaquetas 60.000x109, PCR 7.38mg/dL. ECG: ritmo sinusal. Radiograma de tórax: cardiomegalia. Admitida insuficiência cardíaca descompensada, traqueobronquite aguda e bicitopénia a esclarecer foi internada com oxigenoterapia, diurético, antibioterapia empírica e metamizol de resgate (que já realizava em ambulatório). Inicialmente agravamento álgico osteoarticular impossibilitando levante sendo o controlo da dor apenas atingido transitando metamizol para horário fixo com tramadol pro re nata. Verificou-se resolução do quadro congestivo e infeccioso, contudo acentuação da bicitopénia (Hb 8.0g/dL, plaquetas 50.000x109). Realizado estudo laboratorial de anemia e ecografia abdominal, ambos normais e ponderada punção medular para mielograma perante deterioração hematológica. Contudo considerou-se possível papel iatrogénico da analgesia e, após suspensão do metamizol, assistiu-se a subida dos valores hematológicos progressiva até à alta (Hb 10.0g/dL, plaquetas 64.000x109). Salienta-se a importância dos efeitos secundários de fármacos em evoluções clínicas inexplicadas. A mielotoxicidade do metamizol está descrita, afectando sobretudo as linhagens megacariocítica e eritrocitária. Compete-nos procurar alternativas analgésicas perante esta manifestação que, embora infrequente, não deve ser ignorada pela ampla utilização do medicamento em Portugal, tanto a nível ambulatório como hospitalar.

PO-10-35

CONTROLAR O DESCONHECIDO – PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

Rosa Leonardo Costa, Carla Serrano, Constança Dias, Gisela Costa Neves, Humberto Santos, Mara Eliana Pereira, Sara Borges Costa, Tatiana Ferreira e Ferreira
USF DO CASTELO

INTRODUÇÃO A púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) caracteriza-se por redução de plaquetas de origem desconhecida, 2ª à destruição excessiva de plaquetas por fatores imunológicos. Comum em mulheres em idade fértil, pode ser assintomática ou apresentar manifestações hemorrágicas. As causas podem ser doenças infeciosas, neoplásicas ou auto-imunes. Podem estar presentes anticorpos antiplaquetários. O médico tem um papel importante na deteção dos sintomas e deve estar disponível para avaliações regulares. CASO CLÍNICO Mulher, 29 anos, caucasiana, sem hábitos tóxicos, história de hipertiróidismo medicada com metibasol e trombocitopénia há 7 anos (estudo complementar negativo). Recorreu ao médico de família (MF) por hematomas, melenas e epistaxe com 1 semana de evolução. Fez análises urgentes que revelaram 46000 plaquetas, sendo encaminhada ao serviço de urgência (SU). Foi internada e fez investigação analítica: função tiroideia normal, serologias negativas, estudo de auto-imunidade com anticorpos anti-ANA positivos (1/160 padrão mosqueado) e anticorpos antiplaquetários negativos. Fez bolus de metilprednisolona e teve alta 2 dias depois com 104000 plaquetas, referenciada à consulta externa (CE) de Hematologia. Quatro dias depois recorreu ao MF por metrorragia. Fez análises urgentes com 75000 plaquetas e foi prescrita prednisolona 40mg/dia. Foi observada em CE de Hematologia 2 meses depois e diagnosticada com PTI. Iniciou desmame de corticoides por estabilização, com 362000 plaquetas. CONCLUSÃO O caso realça a importância do seguimento dos doentes, sobretudo dos que apresentam patologias crónicas, de carácter flutuante, com necessidade de observação regular e/ou urgente. Salientar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, bem como aos secundários, nomeadamente SU e CE de especialidade. A articulação eficaz dos cuidados de saúde, através de uma boa comunicação entre o MF e os colegas hospitalares, é essencial para a qualidade dos serviços prestados ao doente.

PO-10-36

ANEMIA FALCIFORME E AS SUAS COMPLICAÇÕES AGUDAS – UMA CASO DE SÍNDROME TORÁCICO AGUDO

Ana João Pissarra, Rui Morais, Patricia Vicente, Carolina N. Gouveia, Filipa Ferreira, Vítor Batalha, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

INTRODUÇÃO: A síndrome torácica aguda (STA) é uma doença pulmonar grave, que ocorre no contexto da drepanocitose e caracteriza-se por dispneia, dor torácica, febre e infiltrado pulmonar multifocal. Pode evoluir para Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), tendo uma mortalidade de 3%. É mais frequente no génotipo HbSS (12.8%) que nos restantes (3.8%). CASO CLÍNICO: Mulher de 29 anos, raça negra, diagnóstico de drepanocitose aos 6 anos com múltiplos internamentos por crises vaso-oclusivas. Recorre à urgência (SU) por dor no hipogastro com 3 dias de evolução, constante e de agravamento progressivo, não acompanhada febre. À observação: ictérica, abdómen doloroso com defesa. Dos exames: hemoglobina (Hb) 6,5g/dL, bilirrubina total (BT) 3,5 mg/dL, HbSS 83,6% e paO2 45. Foi internada na Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) por crise vaso-oclusiva. Apresentou boa evolução clínica

com hidratação e analgesia e teve alta ao 6º dia de internamento com Hb 7,1g/dL. Após 24 horas recorre ao SU por dor torácica tipo pleurítica e dispneia. À observação: polipneica, ictérica, abdómen com defesa. Dos exames: hb 6.3 g/dL, BT 4,52mg/dL, paO2 51, PCR 8mg/dL, rx tórax com infiltrado na base direita. Iniciou piperacilina + tazobactam e foi transferida para a UCINT por crise vaso-oclusiva e pneumonia nosocomial. Manteve-se febril, polipneica sob FiO2 60% com agravamento radiológico com infiltrados bilaterais. Foi admitido STA e foi transferida para Unidade de Cuidados Intensivos. Realizou hemafereses com descida da HbSS para 30%. Ao 5º dia agravamento clínico e radiológico com evolução para ARDS. A tomografia de toráx revelou extensa consolidação pulmonar direita. Cumpriu antibioterapia com Meropenem com melhoria clinica e radiológica. CONCLUSÃO: Este caso pretende chamar a atenção para uma entidade clínica de diagnóstico precoce difícil, pelo facto de ser mimetizado por outras patologias. Salienta-se ainda o facto de ter uma rápida evolução e ser potencialmente fulminante e fatal.

PO-10-37

MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE UM JOVEM CASO

Joana Cardoso, Sónia Coelho, Ana Branco, Carla Gonçalves, Sandrina Machado, Ana Sofia Teixeira, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

Introdução: O mieloma múltiplo caracteriza-se pela proliferação neoplásica de células plasmáticas com produção monoclonal de imunoglobulinas. É uma entidade mais frequente em idosos, sendo que apenas 2% dos doentes têm idade inferior a 40 anos. Caso clínico: Mulher, 44 anos, com antecedentes de tiroidectomia total aos 22 anos por tumor folicular de comportamento incerto, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dores ósseas generalizadas com dois meses de evolução. As queixas eram referidas sobretudo à região escapular direita e à grelha costal anterior, com irradiação à região lombar, agravadas pelo movimento e pela palpação local, sem dor em repouso, com agravamento progressivo condicionando limitação das atividades da vida diária. Havia ainda referência a anorexia e emagrecimento recente (3Kg em 1 semana), sem outra sintomatologia acompanhante. As análises solicitadas pelo médico assistente revelavam anemia normocrómica e normocítica (Hb 11,8 g/dL), hipercalcémia ligeira (10,9 mg/dL), défice de vitamina D (16.9 ng/mL) e hipotiroidismo (T4L 0,85 ng/dL, TSH 105,5 uUI/mL), com leucograma, velocidade de sedimentação, PCR e fosfatase alcalina normais; e a TC dorsolombossagrada a presença de ´pequenas áreas de desmineralização óssea de natureza inespecífica". O estudo posterior evidenciou lesões osteolíticas dispersas, pico monoclonal de cadeias leves lambda e infiltração medular com 35% de plasmócitos aberrantes com restrição lambda. Confirmado o diagnóstico de mieloma múltiplo de cadeias leves lambda, com estadiamento ISS3 e Durie Salmon III-B foi pedida colaboração da Hematologia e iniciou quimioterapia com CyBorD (Bortezomib/Dexametasona/Ciclofosfamida), seguida de consolidação com autotransplante. Discussão/Conclusão: O presente caso é ilustrativo da apresentação habitual de uma doença em condições raras, suscitando discussão sobre diagnóstico, terapêutica e também prognóstico.

PO-10-38

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: UMA CAUSA RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL DE DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA. CASO CLÍNICO.

Inês Neto, Luís Teles, Mafalda Santos
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA

Introdução: A síndrome hemofagocítica (SHF) é uma doença rara, rapidamente progressiva e potencialmente fatal, caracterizada por ativação desregulada do sistema imune. Caso clínico: Mulher de 69 anos, saudável previamente. Admitida por febre, odinofagia, mialgias, artralgias, rash cutâneo não pruriginoso e edema periférico desde há 10 dias. Contactava com cães e áreas contaminadas por ratos. Estava desidratada, febril, polipneica e com edema periférico. Sem adenopatias ou organomegalias palpáveis. Já sem rash cutâneo. Da investigação inicial: anemia inflamatória (ferritina superior a 2000ng/mL), citocolestase hepática, elevação da desidrogenase do lactato, hiponatremia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Estudo imagiológico normal. Excluída infeção do sistema nervoso central. Iniciou antibioterapia empírica por suspeita de zoonose, que não se confirmou. Ao sexto dia de internamento mantinha febre e agravamento clínico progressivo, com evolução para disfunção multiorgânica. Pela hipótese de doença imunomediada iniciou corticoterapia com melhoria clínica e do perfil térmico e diminuição da proteína C-reativa. Após 22 dias internada mantinha-se febril, com estudo etiológico inconclusivo. Foi realizado mielograma e biópsia de medula óssea, compatíveis com SHF, tendo nessa altura ferritina superior a 40.000ng/mL. Iniciado tratamento com dexametasona e etoposídeo, com boa evolução clínica e analítica. Discussão: Esta entidade, embora esteja bem descrita, com critérios de diagnóstico definidos, ainda se encontra subdiagnosticada. A apresentação clínica é habitualmente uma síndrome febril com atingimento multiorgânico, justificando os vastos diagnósticos diferenciais possíveis e a demora até que a hipótese seja colocada. Há aspetos particulares que facilitam o seu reconhecimento e que se pretendem evidenciar neste trabalho. Conclusão: A SHF exige o reconhecimento de aspetos clínicos e analíticos distintos para um diagnóstico precoce e terapêutica atempada.

PO-10-39

"UM DILEMA TEMPORAL" A PROPÓSITO DE UM CASO DE PLASMOCITOMA

Margarida Cortes, Patrícia Aranha, Rafael Santos, Madalena Rio, Inês Silva, Brito Avô, Menezes Falcão
HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação anormal de plasmócitos. Pode apresentar-se com um envolvimento medular difuso ou através de lesões isoladas – plasmocitomas. Pode traduzir-se clinicamente através de lesões ósseas líticas, dor óssea, hipercalcémia, compressão medular, lesão renal, anemia e imunodepressão. A sobrevida aos 5 anos é de cerca de 45%. Caso clínico: Mulher de 59 anos, transferida de Cabo Verde, por quadro com 1 ano de evolução de cefaleias holocraneanas, hemiparésia esquerda (E) e tumefação temporal direita (D). Apresentava lentificação psico-motora e hemiparésia E com força muscular (FM) 3/5 e tumefação temporal D e clavicular E. Analiticamente apresentava anemia grave (4,7g/dL), aumento dos parâmetros inflamatórios e hipercalcémia (10,7 mg/dL). A tomografia computorizada (TC) e Ressonância magnética (RM) crâneo-encefálicas revelaram uma lesão expansiva na asa do esfenoide D com destruição óssea, invasão intracraneana e intra-orbitária, suspeitas de meningioma agressivo. A TC do tórax revelou derrame pleural E, e massa no 1º arco costal, intra e extratorácica, estendendo-se até ao mediastino superior. O Rx do esqueleto revelou múltiplas lesões osteolíticas nos ossos longos. Perante a suspeita de MM requisitou-se uma eletroforese de proteínas séricas onde se identificou um pico monoclonal Gama (4,8g/dL) que se confirmou em imunofixação ser IgGK. O mielograma revelou infiltração por plasmócitos (96% da celularidade total), compatível com MM. A biopsia da lesão do esfenóide confirmou a presença de plasmocitoma. A doente iniciou terapêutica com ciclofosfamida, bortezumib e prednisolona com resposta clínica favorável. Conclusão: Os plasmocitomas podem surgir em qualquer localização, causando morbilidade importante, tal como neste caso. Apesar de imagiologicamente haver uma suspeita de meningioma, a integração dos dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos permitiram fazer o diagnóstico de MM.

PO-10-40

HIPERCALCÉMIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA ESPLÉNICO DE GRANDES CÉLULAS B

Helena Vitorino, Ascensión López, Ana Afonso, Joana Mariz, Eduarda Comenda, Nadine Monteiro, Cláudia Jesus, Helena Cantante
HOSPITAL DOS LUSÍADAS LISBOA - UNIDADE DE MEDICINA INTERNA

Dentro das doenças malignas com origem no tecido linfoide, o Mieloma Múltiplo é a que apresenta uma maior frequência de hipercalcémia que varia entre 10 e 60%. Nos Linfomas a sua incidência é baixa, ocorrendo principalmente nos Linfomas de células T. A sua associação com Linfoma Não-Hodgkin de células B

é rara. Apresentamos um caso de hipercalcémia e lesão renal aguda como manifestação inicial de Linfoma difuso de grandes células B do baço: mulher de 77 anos admitida por síndrome confusional agudo e hipercalcémia com 2 meses de evolução. Era seguida em consulta de nefrologia por alterações da função renal desde um ano antes do internamento. Na admissão apresentava cálcio sérico de 13.1 mg/dL e retenção azotada (creatinina 1.95 mg/dL e ureia 104 mg/dL). Fez correção iónica e estudo de hipercalcémia que se revelou inconclusivo (com hormona paratiroideia baixa e restante estudo normal), destacando-se apenas uma ligeira esplenomegalia evidenciada em tomografia computorizada (TC) abdominal. Teve alta para seguimento em consulta. Após seis meses é novamente admitida pelo mesmo quadro sendo objetivada massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Em TC abdominal revelou volumosa massa hipodensa e heterogénea de 163x210 mm adjacente ao baço. Foi submetida a excisão da massa cujo resultado histológico revelou Linfoma difuso de grandes células B CD20+, CD3-, CD10+ que infiltrava a quase totalidade do parênquima esplénico. Após cirurgia houve normalização da calcémia e dos parâmetros de retenção azotada, especulando-se causa tumoral para as alterações hidro-eletrolíticas. A apresentação como hipercalcémia tem grande impacto no prognóstico e sobrevivência destes doentes e a sua patofisiologia não está suficientemente esclarecida.

PO-10-41

QUANDO O IMPROVÁVEL SE TORNA POSSÍVEL

Andreia Costa, Inês Grilo, Fernando Salvador, Manuel Cunha, Trigo Faria
CHTMAD - VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Esferocitose Hereditária é uma anemia hemolítica diagnosticada mais frequentemente na infância, mas formas ligeiras podem ser detectadas na idade adulta. A Aplasia Medular tem várias etiologias, podendo o Parvovírus B19 ser factor desencadeante afectando em especial a série rubra, geralmente de forma transitória. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, de 24 anos, sem antecedentes de relevo, que recorre ao Serviço de Urgência em Março 2015 por dor abdominal difusa e vómitos. Analiticamente apresentava pancitopenia (Hb 5,9g/dl, leucócitos 3900/uL, plaquetas 82000/uL), CHCM aumentada, parâmetros sugestivos de hemólise (LDH 862U/L, BT/BD 4,2/2,7mg/dl, haptoglobina <1mg/dl), reticulócitos 35000/mm3, Teste antiglobulina directa e indirecta negativo. Na ecografia abdominal "Baço proeminente". O esfregaço de sangue periférico (ESP) revelou esferócitos e o medulograma "Medula óssea hipercelular, com diminuição da série rubra e proeritroblastos gigantes". Suspeitou-se de crise aplástica transitória por vírus, em contexto de Esferocitose Hereditária. As serologias víricas (HBV, HCV, HIV) e a autoimunidade foram negativas; Crioglobulinas, Imunoglobulinas, Complemento, Doseamento de G6PD e electroforese Hb normais. Crio-hemólise 29,8%. PCR do DNA do Parvovírus B19 foi positiva. Optou-se por suporte transfusional transitório (3 Unidades) enquanto se aguardava diagnóstico definitivo, tendo-se verificado melhoria clínica e analítica progressiva, sem evidência de hemólise à data da alta. O diagnóstico foi posteriormente confirmado pelo teste de fragilidade osmótica muito elevada. Salienta-se a dificuldade de diagnóstico tardio de uma Esferocitose Hereditária, numa fase de "complicação" com aplasia rubra transitória, evidenciando o importante papel que a presença de esferócitos no ESP desempenha para a suspeita do diagnóstico. E confirma-se também o relevo da presença de proeritroblastos gigantes em quadros de hipoplasia eritróide, na suspeita de infecção por Parvovírus B19.

PO-10-42

ANEMIA PERNICIOSA COM APRESENTÃO SOB A FORMA DE AFTOSE ORAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Felipe Gamboa, André Goulart, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPIRÍTO DA ILHA TERCEIRA

O défice de vitamina B12 é multifactorial, sendo a anemia perniciosa (AP) esta pode ser originada por atrofia gástrica, ou de caracter autoimune por afetação das células parietais do fundo e corpo gástrico, responsáveis pela produção de fator intrínseco, sendo este necessário para a absorção no íleo distal. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 64 anos com perda de peso, adinamia, cansaço com aparecimento progressivo, náuseas e aftas orais recorrentes, com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, de realçar palidez muco cutânea e aftas dispersas pela cavidade oral. Analiticamente: Hb 8.4g/dl, VGM 100.8fl, MCH 32.5pg, Leucócitos de 3.090 10^3/uL, e Plaquetas 115.0 10^3/uL, Esfregaço de Sangue Periférico: com eritrocitopenia, anisocitose com predomínio de macrocitoses e linfopenia moderada. LDH 4642 U/l. Função tiroidea, cinética de ferro e ácido fólico normais, com deficit de vitamina B12 (50 pg/ml), serologias negativas. Anticorpos anti-células parietais gástricas positivo e Anticorpos anti-fator intrínseco positivo. Restante estudo autoimune negativo. Endoscopia digestiva alta que revelou atrofia ligeira do antro e foram realizadas biopsias gástricas cujo estudo anatomopatológico revelou gastrite crónica. Comentário: o deficit de vitamina B12 tem maior prevalência em indivíduos de mais de 60 anos. O diagnostico de AP é feito pela detecção de Anticorpos anti-células parietais e Anticorpos anti-fator intrínseco. O compêndio de sintomas específicos da anemia são muito variáveis, desde a perda ponderal até à apresentação sob a forma de aftose oral, que deverão orientar para a pesquisa de níveis séricos de vitamina B12 e ácido fólico.

PO-10-43

PANCITOPÉNIA DEVIDO A INFECÇÃO POR PARVOVÍRUS B19 NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO DE NOVO

Maria João Serpa, Francisco Branco, Sofia Duque, Francisco Araújo, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A abordagem diagnóstica da pancitopénia de novo associada a febre implica considerar doenças hemato-oncológicas ou infecções por agentes como VIH, CMV, EBV e Parvovírus (PV) B19. O caso clínico descrito ilustra o desafio diagnóstico de um caso de pancitopénia resultante da sobreposição de uma neoplasia e de uma infecção. Caso Clínico Homem, 83 anos, autónomo, com história de fibrilhação auricular, hiperuricémia, hipertrofia benigna prostática com bexiga de esforço, doença renal crónica estádio 3, apneia obstrutiva do sono e tabagismo antigo. Admitido por febre, disúria e dor lombar, na sequência de quadro de astenia, diminuição da força muscular dos membros inferiores e incapacidade para marcha com 1 mês de evolução. À observação febre e prostração; laboratorialmente pancitopénia (Hb 9,1 g/dL, leucócitos 1900/uL, plaquetas 85000/uL, reticulócitos 0.31%), VS 98 mm/s, PCR 14 mg/dL. Instituída antibioterapia empírica para diagnóstico presumido de pielonefrite. Na subsequente avaliação de pancitopenia no internamento documentou-se infeção aguda a PV B19. Urocultura estéril mas hemoculturas positivas para Listeria monocytogenes. Ecografia renal normal. Diagnosticada gamapatia monoclonal IgG/kappa. Seguimento no internamento complicado por delirium misto com recusa de outros procedimentos médicos. Melhoria clínica e laboratorial possibilitando alta. O mielograma, realizado em ambulatório, foi sugestivo de mieloma múltiplo, sem evidência cintigráfica de lesões ósseas líticas. Referenciado a Hematologia. Conclusões A análise retrospetiva do caso clínico faz pressupor que a imunossupressão associada ao mieloma múltiplo, desconhecido na admissão hospitalar, determinou estado de imunossupressão que facilitou infeção por Listeria e PV B19, com agravamento rápido das alterações hematológicas basais. Este caso relembra ainda a importância de considerar o diagnóstico de mieloma múltiplo perante alterações hematológicas agudas em doentes idosos.

PO-10-44

PLASMOCITOMA E MIELOMA MÚLTIPLO (MM): A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Rita Paiva, Cristina Costa, Nayive Gomez, David Fortes, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE- MEDICINA IIIA

Introdução: O Plasmocitoma é um tumor maligno originado da proliferação irreversível e autónoma dos plasmócitos, apresentando-se com massa circunscrita ou infiltração difusa. Não apresenta lesões osteolíticas, anemia e lesão renal, ao contrário do MM. O plasmocitoma ósseo solitário (POS) é raro, cerca de 5% das neoplasias plasmocitárias. A incidência aumenta com a idade, sendo mais comum no sexo masculino em proporção 3:1 e a principal

localização é a coluna vertebral. Caso Clínico: Mulher, 74 anos, autónoma, recorreu ao SU por lombalgia intensa com irradiação aos membros inferiores e aparecimento de massa paraesternal direita, infraclavicular, consistência dura, imóvel, contornos regulares, limites mal definidos, com dois meses de evolução e crescimento explosivo na última semana, acompanhado de perda ponderal (10%) e dispneia. Estudo complementar evidenciou anemia, presença de banda em gama com pico de 4,3g/dL, confirmada por imunoeletroforese (IgG 6910mg/dL; L 6250mg/dL) e imunofixação (gamapatia monoclonal IgG Lambda; presença de banda nas cadeias leves Lambda), β2-microglobulina aumentada (13,8mg/L); ecografia da massa revelou lesão expansiva de maior eixo 9,5cm, conteúdo heterogéneo com áreas sólidas e quísticas, sem interface com manúbrio esternal. Biopsia foi conclusiva para plasmocitoma moderadamente diferenciado (imunomarcação para CD56). Apresentava ainda lesões osteolíticas na calote craniana, coluna vertebral e arcos costais. Biópsia osteomedular com infiltração medular intersticial intensa por células de mieloma. Concluiu-se MM IgG Lambda em estadio IIIA e POS, tendo iniciado terapêutica dirigida com Melfalano e Radioterapia local, com boa resposta inicial. Conclusão: O diagnóstico de POS requer avaliação multidisciplinar, sendo um desafio ao clínico. O diagnóstico diferencial inclui MM e plasmocitoma extramedular. 2/3 podem evoluir para MM. Não há concordância na literatura quanto a esses tumores serem entidades distintas ou etapas da mesma doença.

PO-10-45

UMA COMBINAÇÃO DE TROMBOFILIAS

Andreia Póvoa, Pedro Vieira, Paulo Zoé Costa, Francisco Morgado, Paula Neves, Rodrigo Maia Alves, Ana Teresa Moreira, Joselina Barrios Chirivella, Jorcélio Vicente, Iurie Pantazi, Joana Vedes, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS - GUARDA

INTRODUÇÃO: A causa de trombofilia é hereditária em cerca de 40% dos casos, isoladamente pode não resultar num evento mas associado a outros factores, entre os quais uma gravidez, pode levar a ocorrência de abortos de repetição por trombose da microvasculatura uteroplacentar e hipoperfusão. CASO CLINICO: Doente do sexo feminino de 30 anos com história de abortos de repetição (4 gesta, 1 para) foi reencaminhada para a consulta de Medicina Interna para estudo. Antecedentes relevantes: hábitos tabágicos esporádicos, dislipidémia IIa. Analiticamente: anticorpos anticoagulante lúpico, anti-cardiolipinas IgM e IgG e anti-Beta-2 glicoproteína I IgM e IgG negativas. Foram pesquisadas 14 mutações genéticas descritas em trombofilias hereditárias. Detectou-se a variante do alelo GP6 em homozigotia c.655C>T, os polimorfismos do gene MTHFR c677C>T e MTHFR c.1298A>C, ambos em heterozigotia. O alelo c.655T do gene GP6 está associado a um risco aumentado de trombose venosa profunda. A presença de ambos os alelos do gene MTHFR em heterozigotia, está associado a uma diminuição da actividade da enzima metilenotetrahidrofolato reductase (cerca de 50% de perda de função) e hiperhomocisteinémia, que aumenta o risco de trombose venosa em 1.5 vezes em relação ao normal. Adicionalmente, foram pesquisadas 3 mutações para a componente genética da resposta individual à terapêutica com dicumarínicos: citocromo P2C9*2, citocromo P2C9*3 e VKORC1 c.1173 C>T. Relativamente aos citocromos, não foram detectadas mutações, porém relativamente ao gene VKORC1, o genótipo T/T corresponde a uma diminuição dos níveis da enzima VKOR e dos factores de coagulação dependentes da vitamina K, havendo portanto uma elevada sensibilidade aos dicumarínicos. Posteriormente ao diagnóstico destas trombofilias, a doente teve gestação a termo sem intercorrências, sob enoxaparina profilática. Atualmente encontra-se ainda a amamentar sob enoxaparina, ponderando-se introdução de varfarina em dose baixa após esse período.

PO-10-46

POLIARTRITE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

Filipa Ferreira, Liliana Fernandes, Ana João Pissarra, Joana Graça, Ana Rita Santos, Patrícia Vicente, António Carvalho, Luís Campos
SERVIÇO MEDICINA INTERNA - UNIDADE FUNCIONAL IV - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

Introdução: A Leucemia mielóide aguda (LMA) geralmente apresenta-se com sintomas constitucionais e hematológicos, mas em 4-13% dos casos apresenta-se como artrite/artralgia. Caso clínico: Mulher de 81 anos com antecedentes de Doença de Alzheimer, hipertensão arterial e anemia normocítica normocrómica, medicada com Rivastigmina, Memantina, Valsartan e Hidroclorotiazida. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de 3 semanas de poliartrite assimétrica aditiva associada a febre, arrepios e sudorese. Analiticamente: Hemoglobina 10,2g/dL, VGM 79.7ft, HGM25.2pg, sem leucocitose e PCR 36.6mg/dL. As radiografias das articulações afectadas mostravam alterações degenerativas. A doente foi internada para investigação: foram excluídas causas infecciosas e auto-imunes (serologias, hemoculturas e urocultura negativas); a hipótese de artropatia metabólica foi considerada pouco provável; e por apresentar dor cervical intensa, foi pedida uma ressonância magnética cervical e HLA-B27 que excluíram Espondilite anquilosante. Apesar de antibioterapia de largo espectro, a dor articular agravou e registou-se agravamento da anemia (Hemoglobina 7.0g/dL) e o desenvolvimento de trombocitopenia (<100000 plaquetas). Iniciou corticoterapia, com melhoria clínica ligeira. O mielograma realizado revelou evidência de LMA associada a mielodisplasia (30.5% blastos), mas dado o mau prognóstico e a performance status da doente, teve indicação para cuidados paliativos. Faleceu 3 meses após o diagnóstico. Conclusão: Neste caso destaca-se a apresentação atípica da LMA em adultos. Quando presente, a artrite pode surgir meses antes de outros sinais clínicos de leucemia, conduzindo a atrasos no diagnóstico. A análise do líquido sinovial é geralmente diagnóstica pela identificação de blastos e a quimioterapia é a terapêutica mais eficaz. Neste caso, não houve detecção de derrame articular para análise, mas uma vez que outras causas de artrite foram excluídas, a LMA foi considerada a causa mais provável.

PO-10-47

MIELOMA INDOLENTE

Vitor Freitas, Sofia Salvo, Claudia Janeiro, Rita Santos, Nuno Carreira, Madalena Lisboa
CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTONIO DOS CAPUCHOS - MEDICINA 2.1

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia caracterizada pela proliferação de células plasmáticas produtoras de imunoglobulina monoclonal. A maioria dos pacientes apresenta-se com sinais ou sintomas relacionados com a infiltração das células plasmáticas no osso ou por lesão renal em relação com o excesso de cadeias leves circulantes, habitualmente traduzindo anemia, dor óssea ou elevação da creatinina sérica. O diagnóstico implica mais de 10% de plasmócitos (em mielograma), a presença de proteína monoclonal e disfunção de orgão (Hipercalcemia; Disfunção Renal; Anemia ou Lesões ósseas líticas), ou apenas a presença de mais de 30% de plasmócitos no mielograma. Os autores apresentam o caso de um doente de 58 anos, com história conhecida de Diabetes tipo 2, Insuficiência Cardíaca e Hipertensão Arterial Essencial, referenciado à consulta de Medicina Interna por queixas de astenia, adinamia e falta de apetite. Queixas com cerca de 2 anos de evolução sendo já seguido em consultas de outras especialidades. Ao exame objetivo não apresentava alterações relevantes, analiticamente salientava-se anemia com hemoglobina (Hb) 9g/dl, representando uma queda de 3g/dl em relação a avaliação do ano anterior e proteínas totais de 102g/dl, a electroforese das proteínas demonstrou pico monoclonal IgG 60g/dl com razão Kappa / Lambda (K/L)- 57.19. No esclarecimento da componente monoclonal destaca-se: uma Beta2 microglobulina - 2,7mg/ml; mielograma com 33% de plasmócitos e biópsia óssea com plasmocitose. Perante o diagnóstico de MM excluiu-se envolvimento ósseo através de radiografia do esqueleto e envolvimento de outros órgãos com tomografia computorizada. Curiosamente, perante o elevado valor de IgG cirulante e relação K/L, o doente não apresentava disfunção renal. Este caso é exemplo de como um parâmetro analítico de avaliação geral (doseamento de proteínas totais) pode levar ao diagnóstico de uma doença que poderia permanecer indetectada durante um longo período de tempo.

PO-10-48

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – DOIS CASOS, DIFERENTES CAUSAS, UM DIAGNÓSTICO

João Alexandre Tavares, Maria Filomena Alicerces, Beatriz Navarro, Mario Parreira, Ana Catarina Emídio, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

As anemias hemolíticas autoimunes (AHAI) são caracterizadas pela presença de autoanticorpos contra a parede do eritrócito, que levam à sua destruição precoce. São caracterizadas pela presença de um teste de Coombs positivo, podendo ser do tipo "quente" ou "frio", consoante a temperatura de reactividade dos eritrócitos. Apresentamos dois casos de AHAI, caracterizados por anemia, hiperbilirrubinémia indirecta, LDH aumentada, haptoglobina baixa, esplenomegália e teste de Coombs positivo. No primeiro caso apresentamos um homem, 70 anos, admitido por toracalgia súbita, tipo aperto, com irradiação dorsal, com administração de vacina antigripal 2 meses antes. À observação pálido, taquicárdico e com edemas bimaleolares. Investigação adicional sem défices nutricionais; esfregaço de sangue periférico com anisocitose e leucócitos hipersegmentados, mielograma e biópsia óssea sem particularidades. Serologias duvidosa para Parvovírus e positivas para EBV e HSV 1/2 e, com provável AHAI em contexto de infeção aguda por estes agentes. Realizou 4 UCE com fraca rentabilidade, mas com boa resposta clínica e analítica à corticoterapia sistémica. O segundo caso refere-se a mulher de 62 anos, admitida por quadro de agravamento do estado geral com 1 semana de evolução, acompanhada de diminuição da força dos membros inferiores, tonturas e tremores. À observação, pálida e com hepatoesplenomegália palpável. A investigação complementar revelou Linfoma não Hodgkin (LNH) B, de baixo grau, com expressão imunocitoquimica a favor de Linfoma Linfocítico de pequenas células/Leucemia Linfocítica Crónica. Realizou corticoterapia sistémica com boa resposta, estando atualmente sob ciclofosfamida e prednisolona. Dadas as múltiplas causas de AHAI, devendo ser feita uma abordagem diagnóstica abrangente em todos os doentes. O tratamento deverá ser dirigido à patologia de base, embora em todos os casos a corticoterapia sistémica constitua um pilar terapêutico fulcral.

PO-10-49

POR DETRÁS DA BACTERIÉMIA A S.PNEUMONIAE

David Roque, Patrícia Vasconcelos, Federica Parlato, Ana Corte-Real
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE. SERVIÇO DE MEDICINA III

O Mieloma Múltiplo (MM), uma proliferação maligna de plasmócitos, há muito que se associa a uma suscetibilidade aumentada a infeções bacterianas, mantendo-se esta a principal causa de morbilidade e mortalidade em doentes com esta condição hematológica. Contudo, uma infeção bacteriana aguda, severa, raramente é reportada como a primeira manifestação de um MM, com o diagnóstico baseando-se na maioria dos doentes no que é conhecidos como as disfunções de órgão relacionada ao Mieloma, como anemia, insuficiência renal e hipercalcémia. Reportamos o caso de uma mulher, caucasiana, de 79 anos, que se apresenta com pneumonia e bacteriémia a Streptoccocus pneumoniae, anemia e insuficiência renal, na qual a posterior investigação revelou uma gamopatia monoclonal IgG Kappa e 45% plasmócitos no Mielograma, tornando esta doente uma das poucas cuja característica de apresentação de MM é uma bacteriémia a S.pneumoniae. Aspetos comuns entre os poucos casos descritos na literatura e que deve alertar o médico para o diagnóstico de Mieloma numa doente assintomática são a anemia, a leucopénia e a bacteriémia a S.pneumoniae.

PO-10-50

DÉFICE COBALAMINA E ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS

Juliana Silva1, Rui Bergantim2, Maria Manuela Brochado2, José Eduardo Guimarães2
1 - SERVIÇO MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO; 2 - SERVIÇO HEMATOLOGIA CLÍNICA, CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Introdução: Sendo a vitamina B12 (VB12) essencial na eritropoiese, o diagnóstico e tratamento do seu défice é crucial, dado tratar-se de uma causa reversível de falência da medula óssea. Caso Clínico: Mulher, 65 anos, com antecedentes de gastrite crónica sob pantoprazol 40 mg. Em estudo de ambulatório com pancitopenia (hemoglobina [Hb] 8.1g/dL, leucopenia 2700/uL, plaquetas 146000/uL), ferritina 415 ng/mL e VB12 50 pg/mL; endoscopia digestiva alta e ecografia abdominal sem alterações relevantes. Por agravamento clínico recorre ao serviço de urgência apresentando-se descorada, anictérica, hemodinamicamente estável, sem massas ou organo/adenomegalias palpáveis. Analiticamente Hb 4,7 g/dL, VGM 94,5fL, 1980 leucócitos/uL (sem neutropenia) e 97000 plaquetas/uL, com ligeira elevação das transaminases e hiperbilirrubinemia indirecta (bilirrubina total 1,85 mg/dL, bilirrubina directa 0.26 mg/dL), DHL 6486 U/L, HIV, VHC e VHB negativos. No esfregaço de sangue periférico salientam-se anisopoiquilocitose, presença de neutrófilos hipersegmentados e ausência de blastos. O mielograma revelou medula óssea hipercelular, série mielóide sem excesso de blastos mas com maturação anómala e hiperplasia eritróide com maturação megaloblástica. Portanto, diseritropoiese e dismielopoeiese a sugerirem síndrome mielodisplásico, mas sendo necessária a exclusão de défices vitamínicos dada a maturação megaloblástica e hipersegmentação neutrofílica. Doseamento de ferritina de 711 ng/mL, ácido fólico 4.2 e VB12 indoseável, pelo que se assumiram alterações de maturação medular por défice de VB12. Após uma semana de suplementação parentérica encontrava-se sem queixas, com hemograma em recuperação: Hb 9.9g/dL; leucócitos 3540/uL, plaquetas 485000/uL, DHL 1338U/L. Conclusão: O caso clínico apresentado ilustra a repercussão hematológica decorrentes do défice de VB12. Salienta-se a importância dos doseamentos vitamínicos nos casos de pancitopenia.

PO-10-51

PARA ALÉM DA INFECÇÃO – A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO

Felisbela Gomes, Pedro La Feria, Catarina Costa, Helena Teixeira
HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS (CHLC, EPE), MEDICINA 2.1

O Linfoma de Hodgkin é responsável por 10% de todos os linfomas e 0,6% de todas as neoplasias diagnosticadas. Tem uma distribuição de idade bimodal com um segundo pico acima dos 65 anos, que representa 10-15% dos casos. A apresentação da doença é variável, com sinais e sintomas relativamente inespecíficos e muitas vezes confundidos com processos infecciosos intercorrentes. Uma proporção significativa dos pacientes apresenta sintomas sistémicos, conhecidos como sintomas B, a preceder o aumento dos gânglios linfáticos. Os autores apresentam o caso de uma doente de 91 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, admitida por febre (T.ax. 40ºC) persistente e tosse produtiva após 5 dias de amoxicilina/ácido clavulânico iniciado empiricamente por quadro de infecção respiratória. Radiologicamente documentou-se hipotransparência da base direita, tendo sido admitida por pneumonia da base direita e iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Houve melhoria clinica e imagiologica do quadro mas manutenção da febre e diaforese nocturna, tendo surgido distensão e dor abdominal difusa, bem como volumosas adenomegalias inguinais bilaterais. Analiticamente apresentava anemia ferropénica e velocidade de sedimentação elevada. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou quadro poliadenopatico (retro-crurais, retro-peritoneais, ilio-pélvicos e inguino-crurais). Por suspeita de uma doença linfoproliferativa realizou biópsia de gânglio inguinal direito cuja histologia foi compatível com Linfoma de Hodgkin de tipo clássico, tendo iniciado terapêutica sintomática com corticoide. A maioria destes pacientes apresenta um aumento assintomático dos gânglios linfáticos, tipicamente envolvendo a região cervical e supraclavicular (60-80%). O envolvimento inguinal é mais raro (6-12%), sendo a presença exclusiva de linfadenopatias infradiafragmáticas ainda menos frequente e presente em menos de 10% dos casos.

PO-10-52

MIELOMA MÚLTIPLO: O DESAFIO

CláudiaMacedo, Ana Luísa Matos
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O mieloma múltiplo é uma das neoplasias hematológicas mais frequentes no idoso e traduz uma proliferação maligna monoclonal de plasmócitos. Em 20% dos casos, os doentes secretam apenas cadeias leves, em vez da molécula completa de imunoglobulina, originando o chamado mieloma de cadeias leves. Mulher de 80 anos, internada por pneumonia com dor pleurítica esquerda e lesão renal aguda Trata-se de doente com lombalgia crônica em relação com alterações degenerativas e osteoporose com alteração recente das características da dor, com agravamento noturno e com o movimento, défices neurológicos associados e refractariedade à terapêutica analgésica. O quadro álgico e a lesão renal mantiveram-se após resolução da infeção. Analiticamente: Creatinina 2.46 mg/Dl, Cálcio 9.4mg/Dl, Proteínas totais 6.4 mg/dl, LDH 211. Proteinograma com pico monoclonal gama (0.19 g/dL). Imunoparésia IgM e IgG. Presença de componente monoclonal de cadeias leves lambda, com excreção urinária maciça (26.89g/24h);B2-microglobulina 14.10 mg/L. Avaliação radiológica por tomografia e ressonância revelou lesão lítica de D7 com infiltração e destruição da vértebra e arco costal ipsilateral, massa tumoral com extensão intracanalar de D6-D8 com compressão medular e massa lítica expansiva no 10º arco costal direito. Pelo que, nesse mesmo dia, foi proposta para radioterapia de urgência que efetuou sem complicações imediatas. A Imunofenotipagem da medula óssea revelou plasmócitos lambda clonais com fenótipo patológico. Feito diagnóstico de mieloma múltiplo cadeias leves lambda ISS 3 e plasmocitomas extramedulares. Este caso documenta bem os sinais e sintomas desta patologia, que poderiam passar despercebidos num doente idoso com patologia degenerativa documentada e ilustra a importância da anamnese e do exame físico na orientação do doente.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS LCD #10

PO-10-58

SARCOIDOSE PULMONAR - A DEMONSTRAÇÃO DE UM VASTO ESPETRO CLÍNICO

Sara Abreu, Rita Costa, José Miguel Maia, Pedro Leuschner, João Araújo Correia
CHP - HSA

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida, cujo atingimento pulmonar predomina. Os autores apresentam dois casos clínicos. Homem de 24 anos, enviado à Consulta de Doenças Respiratórias (CDR) por quadro de 6 meses de evolução de dispneia com agravamento até pequenos esforços, tosse seca e dor pleurítica direita. Radiografia de tórax-adenopatias hilares e infiltrados reticulares; tomografia computorizada torácica (TCT) com múltiplas adenopatias mediastínicas e infiltrados reticulo-micronodulares bilaterais. ECA (enzima de conversão de angiotensina) e cálcio urinário elevados. Lavado broncoalveolar (LBA) com alveolite linfocítica (relação CD4/8: 2.2). Compromisso na difusão na pletismografia. Biópsia de gânglio mediastínico com granulomas epitelióides sem necrose, excluída tuberculose. Concluiu-se sarcoidose - estadio II. Vigilância com melhoria clínica e funcional. Mulher de 27 anos enviada à CDR por quadro de 1 mês de evolução de febre vespertina, hipersudorese noturna, tosse com expectoração mucopurulenta e adenopatias submandibulares e inguinais. TCT com padrão micronodular com distribuição linfática, bilateral e difusa, associando-se espessamento dos septos interlobulares, adenomegalias nos espaços retrocava, pré-traqueal, pré-vascular, bi-hilares , região sub-carinal e bi-axilares . Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia. ECA aumentada. LBA: alveolite linfocítica, relação CD4/CD8+:8.8. Punção aspirativa de gânglio: linfadenite granulomatosa, micobacteriológico negativo. Trata-se de uma sarcoidose-estadio II. Inicia prednisolona com boa resposta clínica e imagiológica. Os casos apresentados demonstram a variabilidade fenotípica desta doença e que a decisão de tratar passa sobretudo pelo atingimento clínico dos doente. Nesse sentido, uma atitude expectante e de vigilância apertada pode ser uma mais valia tendo em conta o risco iatrogénico do tratamento que não é desprezível.

PO-10-59

DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS – A IMPORTÂNCIA DA TERAPÊUTICA ESPECÍFICA

Nídia Calado, Sara Viana, Ana Rita Parente, Sócrates Naranjo, Tamar Núñez, Isabel Soles, Vera Escoto
HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE, ULSNA EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Legionella pneumophila é um agente relativamente comum de pneumonia, sendo esta apresentação clínica designada por Doença dos Legionários. A transmissão ocorre através da inalação de aerossóis ou aspiração de gotículas contaminadas e, por vezes, ocorre na forma de surtos. A sua identificação é feita através de testes de deteção específicos. Apresenta-se o caso de um doente de 74 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e neoplasia prostrática. Fazia ventilação não invasiva no período noturno e negava viagens recentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor pleurítica à esquerda, tosse produtiva com expetoração mucopurulenta e hemoptoica, cansaço fácil e febre com 5 dias de evolução. Já tinha sido observado pelo médico de família e medicado com amoxicilina+ácido clavulânico, mas sem melhoria significativa. Ao exame objetivo, destacava-se polipneia e a presença de fervores crepitantes ao nível da base esquerda. A avaliação analítica mostrou elevação dos parâmetros inflamatórios, hipocaliémia e disfunção hepática, enquanto a radiografia de tórax revelou infiltrado na base esquerda. Foi internado admitindo-se pneumonia basal esquerda e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e claritromicina. Face à pouca resposta à terapêutica instituída, foram requisitados testes adicionais. A antigenúria para Legionella pneumophila foi positiva, pelo que se assumiu o diagnóstico de Doença dos Legionários e se iniciou antibioterapia apropriada com levofloxacina. A resposta a esta terapêutica foi bastante favorável, com melhoria sintomática e laboratorial. A apresentação clínica, os achados laboratoriais e a falta de resposta à terapêutica empírica, fizeram suspeitar de um agente atípico de pneumonia, o que foi confirmado pelos testes realizados. Além disso, este caso reafirma a importância da antibioterapia específica na alteração da história natural da doença.

PO-10-60

DERRAME PLEURAL COMPLICADO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Midões Correia, Cleide Barrigoto, Inês Simões, Catarina Rodrigues, Yohana Jesus Martins, Marta Ilharco, Teresa Souto Moura, Umbelina Caixas, Paula Fonseca, António Paulo Godinho
SERVIÇO DE MEDICINA 1.4 DO HOSPITAL SÃO JOSÉ, CHLC-EPE; SERVIÇO DE HEMATOLOGIA, H. CAPUCHOS, CHLC-EPE

Os derrames pleurais podem surgir em >40% das pneumonias bacterianas. Os derrames parapneumónicos classificam-se em não complicados, complicados e empiema, com base nas características e gravidade. Os complicados ocorrem por invasão bacteriana do espaço pleural, com aumento do nº de neutrófilos, da LDH e diminuição dos níveis de glicose. São frequentemente estéreis, turvos e requerem drenagem para a sua resolução. Apresenta-se o caso de uma mulher, 75 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar há 50 anos, doença renal crónica, anemia normocítica e normocrómica, hipotiroidismo e fibrilhação auricular sob anticoagulação oral. Recorre ao hospital da área de residência por febre, dispneia para pequenos esforços; clinicamente murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo (HT) e hipoxémia; analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios, função tiroideia normal; radiologicamente derrame pleural esquerdo ocupando 2/3 do HT. Telerradiograd iografia anterior (dezembro 2015) sem sinais de derrame. Admitiu-se insuficiência respiratória tipo I, iniciou antibioterapia empírica dirigida a pneumonia da comunidade. Efectuou-se toracocentese à esquerda com drenagem de 3100cc/24h de exsudado sem características de empiema e sem agente identificado. Apesar de terapêutica médica e drenagem, o controlo por tomografia computorizada (TC) revelou persistência de derrame pleural bilateral, volumoso e multiloculado à esquerda, associado a atelectasia. Foi colocado dreno guiado por TC pela Cirurgia Cardio-torácica com saída de 1400cc de líquido com as mesmas características. Ao 4º dia foi retirada drenagem cujos

posteriores controlos imagiológicos revelaram redução do derrame. Serve este caso para lembrar que as pneumonias bacterianas podem complicar com derrames que, pelo seu volume e loculação, poderão exigir abordagem terapêutica multidisciplinar.

PO-10-61

ENFISEMA DE BOLHAS GIGANTES

Elsa Campôa, Teresa Ferreira, Liliana Pedro, Filipa Azevedo, Raquel Pinho, Carlos Santos, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, UNIDADE DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA 4.

O enfisema pulmonar é uma das causas de diminuição da qualidade de vida dos doentes. A presença de bolhas pulmonares principalmente gigantes são infrequentes. Em seguida apresenta-se uma situação clinica representativa desses quadros clínicos. Doente de 74 anos, casado, independente nas atividades de vida diária, com atividade laboral piscatória. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial e enfisema pulmonar. Exfumador com consumo tabágico desde os 6 anos de idade e cessou aos 61 anos, 2-3 maços/dia (120 unidades maço-ano). Recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento da dispneia, com dispneia para pequenos esforços e emagrecimento de 20 quilogramas em 3 meses sem causa aparente. Ao exame objetivo salientava-se um murmúrio vesicular diminuído na auscultação pulmonar. Analiticamente sem alterações significativas e gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1. Face à situação clinica do doente efectuou-se estudo imagiológico por tomografia computorizada do tórax, que revelou a presença de exuberantes sinais enfisematosos dispersos por ambos os lobos pulmonares, de predomínio parasseptal e com formação de volumosas bolhas, nomeadamente nos segmentos apicais com cerca de 10 cm de maior eixo, com desvio posterior das estruturas mediastínicas por efeito de massa provocado pela volumosa bolha retroesternal (18 cm de maior eixo). Pela sintomatologia e imagiologia do doente este foi encaminhado para a Cirurgia cardiotorácica com indicação de Cirurgia de Redução de Volume. Efetuou resseção pulmonar atípica extensa do lobo superior esquerdo, com o objectivo de melhoria da sua capacidade ventilatória através da descompressão do parênquima pulmonar. A doença pulmonar obstrutiva crónica de bolhas gigantes é uma condição incapacitante que, apesar dos riscos associados ao procedimento cirúrgico, apresenta uma melhoria significativa na capacidade ventilatória do doente.

PO-10-62

UM CASO CLÍNICO DE PNEUMONIA... COMPLICADA

Anna Knoch, Olinda Caetano, Paulo Gouveia
HOSPITAL DE BRAGA - MEDICINA INTERNA

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é um dos diagnósticos mais frequentes no internamento hospitalar. Normalmente tem resolução em alguns dias. Não havendo melhoria apesar da optimização terapêutica, pode-se pensar em Pneumonia Organizativa Criptogénica (POC). Decreve-se o caso clínico de um homem de 45 anos, ex-fumador, sem alergias ou patologias conhecidas, que recorreu ao Serviço de Urgência por febre alta, mau-estar, dispneia e tosse seca. Foi diagnosticada PAC e o doente teve alta medicado com amoxicilina/clavulanato. Foi internado no dia seguinte por insuficiência respiratória e tosse hemoptóica. Teve agravamento clínico com necessidade de escalada antibiótica, corticoterapia (CT) e ventilação não invasiva. Foi diagnosticada PAC bilateral, síndrome de dificuldade respiratória aguda e sépsis com ponto de partida respiratório; admitido em Unidade de Cuidados Intensivos. Realizou tomografia torácica (TC) que revelou áreas em vidro despolido e consolidações dispersas, concordante com processo infeccioso. Sem isolamentos. Foram iniciados antivíricos por suspeita de etiologia viral. Transferido para a enfermaria por melhoria clínica. Em contexto de descompensação foi diagnosticado tromboembolismo pulmonar. A TC de alta resolução demonstrou múltiplos infiltrados algodonosos bilaterais mais exuberantes nas bases, alguns com broncograma aéreo. Colocada a hipótese de POC ajustou-se CT, com boa evolução clínica té à alta. Reinternado dois meses depois , durante desmame de CT. A POC é definida histopatologicamente por tufos de tecido de granulação intra-alveolar. Na ausência de outra etiologia para um caso de pneumonia organizativa, pode diagnosticar-se POC com base em critérios clínicos, radiológicos e histológicos. É da maior importância evitar os atrasos no diagnóstico desta entidade uma vez que a CT leva a uma rápida melhoria clíncia e imagiológica. As recaídas são frequentes após suspensão da terapêutica, podendo ser interpretadas como pneumonias recorrentes.

PO-10-64

PNEUMONIA OBSTRUTIVA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO

Sónia Coelho, Ana Vera-Cruz, Vitor Sousa, Maria Jesus Valente, Carla Gonçalves, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA - HOSPITAL PÊRO DA COVILHÃ, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Os tumores carcinóides do pulmão representam 1 a 2% dos tumores pulmonares. Com origem nas células neuroendócrinas, classificam-se em típicos e atípicos. Geralmente com prognóstico favorável após resseção cirúrgica, os carcinóides atípicos têm maior risco de metastização e pior prognóstico. Caso clínico: Mulher de 42 anos, internada com diagnósticos prováveis de pneumonia necrotizante do lobo superior esquerdo (LSE)/tuberculose pulmonar, para esclarecimento diagnóstico e estudo complementar de imagem nodular peri-hilar esquerda. Apresentava tosse produtiva com expetoração mucosa, febre, anorexia e astenia com 3 dias de evolução, referindo perda ponderal de 3Kg no último ano. Antecedentes de asma brônquica e infeções respiratórias de repetição desde 2012. Apresentava-se febril, com murmúrio vesicular globalmente diminuído no hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, trombocitose ligeira, PCR aumentada e insuficiência respiratória tipo 1; exames culturais e IGRA negativos. Radiografia de tórax com hipotransparência bem delimitada na região peri-hilar esquerda e áreas circulares com níveis hidroaéreos no LSE. TC torácica com massa de tecidos moles hilar esquerda com porção intra-luminal no brônquio principal, múltiplas cavidades com nível hidroaéreo no LSE e volumosas adenopatias mediastínicas. Broncofibroscopia rígida mostrou volumosa massa endobrônquica, vascularizada, de superfície lisa, ocupando a quase totalidade do brônquio principal esquerdo. Foi realizada laserterapia e desobstrução mecânica, com repermeabilização parcial. O exame histológico com estudo imunocitoquímico foi compatível com tumor carcinóide atípico. Aguarda realização de PET para estadiamento e posterior orientação terapêutica. Discussão/Conclusão: Discute-se este caso pela sua raridade, ressaltando-se a importância da suspeita atempada de tumores endobrônquicos em doentes com pneumonias recorrentes com a mesma localização. importância da suspeita atempada de tumores endobrônquicos em doentes com pneumonias recorrentes com a mesma localização

PO-10-65

RADIOGRAFIA TORÁCICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Natacha Silveira, Joana Fernandes, Vanessa Machado, Lourdes Cabezuelo, Teresa Taveira, Luísa Arez
UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO - CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As pneumoconioses englobam um largo espetro de patologias que afetam o parênquima pulmonar, podendo ser causadas pela inalação de uma grande variedade de substâncias. Caso clínico: Homem de 78 anos, britânico, ex-trabalhador durante mais de 20 anos numa fábrica onde referiu contato com algodão. Apresentava antecedentes pessoais de hipertensão arterial, status pós-neoplasia do cólon submetida a colostomia há cerca de 20 anos, status pós-trombose venosa profunda do membro inferior direito e úlcera cutânea associada, anemia por défice de vitamina B12 e litíase do trato urinário. Admissão hospitalar por choque séptico de foco urinário e disfunção multiorgânica, com resolução do quadro infecioso após a terapêutica médica instituída. Analiticamente permanecia com anemia normocítica normocrómica e as radiografias do tórax seriadas mantinham hipotransparências bilaterais de tamanhos variados e de difícil caracterização, contornos irregulares e pouco definidos. Dados os antecedentes, foi colocada a hipótese inicial de

metastização pulmonar com ponto de partida em recidiva de neoplasia maligna do cólon ou origem oculta, não descartando a hipótese de pneumoconiose. Efetuada tomografia computorizada do tórax que revelou espessamentos e placas pleurais bilaterais, algumas calcificadas, e finas linhas subpleurais paralelas à superfície pleural sendo fortemente sugestivo de asbestose, apresentando no entanto uma imagem nodular pediculada com base numa placa pleural de etiologia indefinida. A restante investigação complementar irá prosseguir em regime de consulta externa. Conclusão: A asbestose é geralmente detetada apenas 20 a 30 anos após a primeira exposição, altura em que surge a sintomatologia. O atingimento da pleura é sugestivo de asbestose, sendo um indício para o diagnóstico diferencial de outras pneumoconioses. Salientamos a importância dos antecedentes profissionais, essenciais na suspeita clínica de asbestose.

PO-10-66

HIPONATREMIA COMO PRIMEIRO ACHADO DE UMA TUBERCULOSE PULMONAR – UM CASO CLÍNICO

Carolina Cabo, Ana Carlos Bento, Jorge Leitão, Celeste Alcobia, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA A

Introdução: A hiponatremia, achado frequente em enfermarias de Medicina, pode ser encontrada num espectro alargado de patologias. A hiponatremia hiposmolar por depleção de volume e a sindrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (SIADH) são as causas mais frequentes. A SIADH, caracterizada por hiponatremia hiposmolar, osmolalidade urinária> 100 mosm/kg e sódio urinário> 40 mEq/L associa-se mais frequentemente a patologia do sistema nervoso central e neoplasias malignas, tendo sido descritos poucos casos de associação à tuberculose. Caso clínico: Homem, 84 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, depressão neurótica e enfarte agudo do miocárdio. Enviado para Consulta de Medicina por emagrecimento não quantificado e anorexia. Realizada avaliação clínica, analítica e imagiológica sem alterações de relevo, pelo que se optou por vigilância anual. Volta à consulta com astenia, anorexia, emagrecimento (3Kg em 3 meses). Analiticamente com hiponatremia hiposmolar (Na+ 123 mmol/L; osmolalidade 248 mOsm/Kg), anemia normocítica, normocrómica (Hb 11,8 g/dl), PCR 2,88 mg/dl, VS 37 mm/h, sem leucocitose. Foi internado eletivamente, destacando-se no estudo realizado uma natriúria e osmolalidade urinárias compatíveis com SIADH. Após várias correções verificou-se sempre recidiva da hiponatremia. Realizou uma tomografia computorizada torácica que revelou alterações inflamatórias sugestivas de tuberculose pulmonar ou pneumonia organizativa criptogénica. Foi reinternado para esclarecimento diagnóstico. Na altura assintomático, com índice de massa corporal de 17,3 Kg/m² e natrémia de 127 mmol/L . Realizou broncofibroscopia e lavado bronco-alveolar com pesquisa de micobactérias. O exame direto foi negativo, mas a cultura em meio sólido e líquido e a pesquisa de ácido nucleico foram positivas para Mycobacterium tuberculosis complex. Iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol com boa evolução clínica e resolução da hiponatremia.

PO-10-68

O DESAFIO DAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

Dalila Parente, Inês Ferreira, Mari Mesquita
CHTS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As doenças pulmonares intersticiais constituem um grupo heterogéneo de doenças. Apresentam semelhanças clínicas, radiológicas e fisiopatológicas. Caso: Mulher, 59 anos, não fumadora, diabética, agricultora, contacto com aves (periquito, galinhas e pombos). Quadro de tosse seca, dispneia, hipersudorese noturna, astenia e anorexia. Internada por Pneumonia Adquirida na Comunidade. Apirética, alterações auscultatórias, elevação dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória. Radiografia torácica com hipotransparências bilaterais e TC com densificações parenquimatosas e broncograma aéreo bilateral. Alta melhorada, mantendo tosse seca. Por dor pleurítica e dispneia, é reavaliada e reinternada para estudo de doença pulmonar difusa. Realizou estudo imunológico que foi negativo. ECA, função tiroideia e BNP normais. VDRL e serologias víricas negativas. Prova de Mantoux arreativa. IgG´s específicas para pombo e periquito negativas. Provas funcionais respiratórias inconclusivas. Broncofibroscopia com atrofia generalizada da mucosa brônquica. Lavado bronco-alveolar (LBA) com predomínio de linfócitos e relação CD4/CD8 baixa. Pesquisa de BAAR, micológico, micobacteriológico, microbiológico e citologia para células malignas negativa. Melhoria clínica e radiológica sem tratamento antibiótico ou corticoterapia. Avaliação radiológica posterior com densificações parenquimatosas em diferentes localizações. Fez biópsia aspirativa transtorácica (BAT) sugestiva de pneumonia criptogénica organizativa (PCO) com presença de eosinófilos a sugerir hipersensibilidade associada. A melhoria clínica com evicção de contacto com as aves e os achados do LBA sugerem pneumonia de hipersensibilidade. A evolução radiológica e a BAT favorecem o diagnóstico de PCO. Iniciou corticoterapia sistémica e após 3 meses teve resolução clínica e radiológica. Este caso ilustra uma doença pulmonar intersticial, em que história, evolução e exames não são conclusivos relativamente ao diagnóstico.

PO-10-69

QUANDO A "PNEUMONIA" RECORRE

Margarida Oliveira, Daniela Rodrigues, Mariana Matias, Ana Paula Vaz, Ana Costa, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Os reinternamentos por infecções respiratórias são cada vez mais frequentes no nosso país. Os autores apresentam 2 casos. Caso 1: Sexo feminino, 76 anos, com asma e bronquiectasias tubulares, hipertensão, excesso de peso e 2 internamentos (Julho e Agosto de 2015) por pneumonia do lobo superior e médio à direita, tratada com antibioterapia. Regressou ao serviço de urgência (SU) em Dezembro/2015 por dispneia e tosse produtiva, com roncos dispersos no hemitórax direito. Aumento de parâmetros inflamatórios e hipoxemia. Radiografia torácica com persistência de hipodensidades no lobo superior e médio e "de novo" no lobo inferior direito. VIH negativo, sem isolamento de agente. Imunofenotipagem de LBA compatível com alveolite linfocítica (predomínio de CD8+). Biópsia pulmonar guiada por TAC representativa de Pneumonia Aguda Fibrinosa e Organizante. Evolução favorável sob antibioterapia e corticoterapia. Caso 2: Sexo feminino, 72 anos, com asma, hipertensão, excesso de peso e insuficiência cardíaca e internamento em Dezembro de 2015 por Pneumonia Pneumocócica, tratada com 10 dias de ceftriaxone. Recorreu ao SU em Janeiro/2016 por dispneia e tosse produtiva. Polipneica, com diminuição do murmúrio vesicular bibasal, mais acentuado à direita. Aumento de parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória tipo 1. Radiografia torácica com
persistência de hipotransparência na metade inferior do hemitórax direito, em relação a Dezembro/2015. VIH negativo, sem isolamento de agente. TAC torácica sugestiva de atelectasia do lobo médio direito. Melhoria clínica sob antibioterapia de largo espectro. Broncofibroscopia visualizou oclusão do brônquio lobar médio por formação nodular de aspecto nacarado. Histologia da lesão compatível com hamartoma. A resolução lenta ou incompleta de uma pneumonia pode associar-se a factores relacionados com o agente, o hospedeiro, complicações ou diagnósticos alternativos (neste caso uma doença do interstício pulmonar e uma pneumonia obstrutiva).

PO-10-71

DA PNEUMONIA FÚNGICA AO PNEUMO-MEDIASTINO - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Amaral Silva, Élio Rodrigues, Joana Martins, Rui Ferreira, Susana Magalhães, Teresa Alfaiate, Isabel Mateus, Manuela Lopes, Amélia Pereira
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

Objetivo: Análise de caso clínico de pneumonia fúngica e barotrauma na sequência de ventilação não invasiva (VNI) Método: Apresentação de caso clínico Resultados: Homem de 83 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse e febre com 15 dias de evolução. Antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), tuberculose e gamapatia monoclonal; medicado com brometo de tiotrópio, fluticasona+salmeterol e esomeprazol. Objetivamente, encontrava-se apirético, com murmúrio vesicular abolido à

esquerda. Leucócitos 12,3 x 10^3/uL, PCR 237 mg/L. Gasimetria arterial com hipoxemia. Rx tórax: hipotransparência à esquerda e desvio homolateral do mediastino. Colheu expectoração e iniciou antibioterapia. Fez broncofibroscopia (BFO): sem evidência de lesão brônquica, compressão extrínseca da pirâmide basal; e TAC torácica: derrame pleural, atelectasia pulmonar e consolidação à esquerda. Agravamento progressivo, com exame bacteriológico (EB) da expectoração negativo. Repetiu BFO. Ponderou-se aspergilose broncopulmonar e iniciou voriconazol. Posteriormente, episódios de dessaturação e necessidade de VNI, tendo sido transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina Interna. Uma semana depois, encontrava-se polipneico, com enfisema subcutâneo. Fez TAC torácica: exuberante pneumomediastino e lâmina de pneumotórax. Suspendeu VNI. No lavado broncoalveolar e biópsias pulmonares isolou-se candida tropicalis sensível ao voriconazol e fluconazol. Após estabilização, foi transferido para a Pneumologia. Melhoria progressiva, tendo tido alta medicado com fluconazol. Discussão: Os antecedentes de DPOC sob corticoterapia, tuberculose, as características radiológicas e o agravamento inicial sob antibioterapia de largo espectro, com EB negativos, levantaram a suspeita de pneumonia fúngica, etiologia rara na comunidade. O barotrauma é uma complicação rara da VNI, mais frequente em doentes com DPOC.

PO-10-72

O QUE O CURB65 NÃO NOS CONTA

André Ferreira Simões, Verónica Pereira, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: O CURB65 é um score preditor do risco de mortalidade a 30 dias e adotado como uma ferramenta de decisão do local de tratamento. O tratamento em ambulatório é recomendado para doentes com baixo risco de mortalidade. Objectivo: caracterização de D internados com o diagnóstico de PAC e CURB65<2. Métodos: estudo observacional retrospectivo baseado em dados de processos clínicos de doentes internados em dois sectores de Medicina Interna, durante 12 meses, com o diagnóstico de PAC. Categorizou-se G1 se CURB65<2 e G2 se CURB65>2. Análise estatística em SPSS v21. Resultados: (1) Foram admitidos 91 doentes com o diagnóstico de PAC, 18.7% com CURB65<2. (2) O G1 tem idade inferior (60.9vs83.3anos, p<0.001), e o género masculino é mais prevalente (52.9%, p=0.79). (3) O G1 apresentava menos comorbilidades (2.5vs3.8, p=0.002), mais doentes obesos (9.5vs41.1%, p=0.004), e menos insuficiência cardíaca (17.6vs59.5%, p=0.003), fibrilhação auricular (0vs31.1%, p=0.005) e sindroma demencial (5.9vs31.1%, p=0.036). (4) A maioria dos D dependentes eram do G2 (93.9vs6.1%, p=0.025). (5) 94,5% apresentavam pelo menos 2 sintomas à admissão, sendo a dispneia mais comum no G2 (67.6vs29.4%, p=0.006) e mal-estar no G1 (88.2vs55.4%, p=0.013). (6) À admissão, o G1 tinha valores superiores de leucócitos (14.342vs11.544/mL, p=0.556) e proteína C-reactiva (13.6vs11.8mg/dL, p=0.121), e menores de creatinina (0.68vs1.4mg/dL, p<0.001) e ureia (37.3vs69.5mg/dL, p<0.001). (7) Não houve diferenças significativas na hipoxemia (71.2vs69.8mmHg, p=0.6). (8) A demora média do G1 foi menor (7.4±5.9vs10.8±7.1 dias, p=0.051). (9) Verificaram-se apenas 4,4% de óbitos, todos no G2. Conclusão: o CURB65 é uma ferramenta útil mas não permite a substituição do raciocínio clínico quando o valor é de 0 ou 1. Neste grupo, a avaliação complementar com gasimetria e parâmetros de infecção parece auxiliar na decisão de internamento hospitalar.

PO-10-73

UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Joana de Castro Rocha, João Gonçalves, Pedro Leuschner, Inês Furtado, Fernando Freitas Gonçalves,Marta Monteiro, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, SERVIÇO DE MEDICINA

A paralisia diafragmática unilateral pode ser uma das causas de insuficiência respiratória, embora de forma atípica, e normalmente é descoberta de forma incidental. Clinicamente, pode ser assintomática ou expressar algum grau de dispneia. Fisiologicamente, a contração diafragmática é insuficiente, levando a limitação da expansão torácica comprometendo os mecanismos respiratórios. Os autores trazem o caso de uma mulher de 92 anos, autónoma, com Cardiopatia Hipertensiva e Valvular, com Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipotiroidismo conhecido há vários anos e medicado. Esteve internada em contexto de Insuficiência Cardíaca descompensada, tendo-se objectivado persistência de hipoxemia, motivando a investigação adicional. Apresentava Telerradiografia de tórax com subida da hemicúpula direita, com Ecografia torácica a confirmar diminuição da mobilidade diafragmática unilateral. Realizou Tomografia Computorizada de tórax que confirmou a elevação da hemicúpula diafragmática, sem complicações visualizadas nomeadamente lesões nodulares ou fibróticas. O estudo foi confrontado com Fluoroscopia confirmando o diagnóstico. Atendendo à idade não se prosseguiu com Provas Funcionais Respiratórias. Foi instituída Ventilação Não Invasiva, com melhoria dos valores gasimétricos. Não havia história de trauma, cirurgia, infecções locais, doenças inflamatórias ou nevralgias.

PO-10-74

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE - CARACTERÍSTICAS CLINICO-PATOLÓGICAS DE UMA SÉRIE DE CASOS

Helena Maurício 1, Filipa Ramalho Fernandes 2, Gonçalo Samouco 2, Rui Terras 1, Carla Madureira Pinto 1, Rita Silva 1, Miguel Alves 1, Joana Martins 1, Luís Vaz Rodrigues 2
1 - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA ULS NORDESTE; 2 – SERVIÇO PNEUMOLOGIA ULS GUARDA

Introdução: A Pneumonia de Hipersensibilidade (HP) é uma doença pulmonar intersticial difusa resultante do aumento da sensibilidade a um antigénio inalado. Uma suspeição clínica juntamente com sintomas, sinais e alterações radiológicas suspeitas são essenciais mas a biopsia pode ser necessária para o diagnóstico. Objectivos: Analisar e caracterizar clinico-patologicamente uma população de doentes com diagnóstico de HP. Métodos: Estudo retrospectivo com base em registo clínico da Consulta de Doença Interstício Pulmonar de todos os doentes com follow-up ativo com diagnóstico de HP. Resultados: Foram incluídos 9 doentes (7 mulheres, 2 homens) com idade média de 65,5 anos aquando o diagnóstico. Os principais sintomas de apresentação foram tosse (9) e dispneia (6). Ao exame físico todos os doentes apresentavam crepitações inspiratórias. O diagnóstico foi estabelecido por história de exposição ao antígeno (9), positividade dos anticorpos para o agente agressor (5) e alterações características na tomografia computadorizada (TC) torácica (vidro despolido-7; favo de mel-7; padrão de mosaico-1; nódulos centrolobulares-1). Todos os doentes apresentavam hipoxémia leve a moderada e um aumento da velocidade de sedimentação no momento do diagnóstico. Restrição leva a moderada na DLCO foi observada em 6 doentes. A biopsia pulmonar (cirúrgicos - 3; transtorácica guiada por TC biópsia - 2) permitiu a confirmação do diagnóstico em apenas 3 casos. A todos os doentes foi recomendada a evicção do antigénio. Foi iniciada corticoterapia com uma dose inicial média de 0,5mg/Kg/dia em todos os doentes, tendo a totalidade dos doentes atingido estabilidade da doença. Conclusão: O diagnóstico de HP continua a ser um desafio clínico, que ainda depende da soma dos dados clínicos e de imagem com alguns marcadores substitutos da doença. Mesmo a histologia carece de sensibilidade para o diagnóstico. Mais estudos devem ser realizados, a fim de estabelecer e validar critérios diagnósticos precisos

PO-10-75

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR ALÉM DA INFEÇÃO

Rita Costa, Sara Abreu, José Miguel Maia, Pedro Leuschner, João Araújo Correia
CHP - HSA

A pneumonite de hipersensibilidade (PH), é uma síndrome caraterizada por inflamação difusa do parênquima pulmonar e vias aéreas em reposta à inalação de antigénios ao qual o doente é sensível. Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 61 anos com quadro de um mês de evolução de tosse com expectoração mucosa, dispneia agravada até pequenos esforços, pieira, febre e perda ponderal (8,5%). Fez em ambulatório microbiológico de

expectoração (negativo), medicada com amoxicilina e ácido clavulânico, sem melhoria clínica pelo que é internada. À admissão: crepitações tipo "velcro" na auscultação pulmonar, insuficiência respiratória tipo 1. Tomografia computorizada do tórax: parênquima pulmonar com padrão em "vidro depolido" de extensa alveolite difusa bilateral, com áreas de "air trapping". Lavado broncoalveolar com predomínio linfocítico (50%), precipitinas (pombo) positivas, provas funcionais respiratórias com diminuição da capacidade vital forçada e da difusão. Teste 6 minutos de marcha (T6MM) com dessaturação até 80%. Assumida PH sub-aguda e iniciou corticoterapia com prednisolona, com melhoria clínica e resolução da insuficiência respiratória. Durante o follow-up a doente apresentou efeitos adversos secundários corticoterapia e com recorrência sintomática após a sua diminuição, tendo iniciado azatioprina. Ao fim de aproximadamente 2 anos de follow-up a doente apresenta-se clinica e imagiologicamente estável, com melhoria significativa nas provas funcionais respiratórias, T6MM com aumento da distância percorrida e necessidade de oxigenoterapia apenas com o esforço. A PH apresenta uma boa resposta inicial à corticoterapia contudo não deve ser esquecida a sua toxicidade ou agravamento clínico com a sua redução pelo que pode ser necessário associar fármacos poupadores de corticoides. A monitorização clínica e funcional respiratória apertada destes doente é essencial assim como confirmar que a exposição aos agentes pneumotóxicos são totalmente removidos.

PO-10-76

CASO CLÍNICO: PNEUMONIA CRIPTOGÉNICA EM ORGANIZAÇÃO

Inês Castiço, Ricardo Henriques, Conceição Margalha
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, CENTRO DE SAÚDE DE BEJA

A Pneumonia Criptogénica em Organização (PCO) é uma doença do insterstício pulmonar que afecta os bronquíolos distais, tendo como área de lesão primária a parede alveolar. Esta patologia é mais frequente em adultos com idades compreendidas entre os 40 e 60 anos, manifestando-se através de sintomas inespecíficos como tosse, mal-estar geral, febre e perda ponderal. O diagnóstico é de exclusão, podendo ser confirmado através de TC torácica e biópsia pulmonar. Na maioria das vezes a causa é idiopática, no entanto está descrita a associação com fármacos, doenças do tecido conjuntivo e neoplasias. Apresentamos um caso clínico de um homem de 79 anos que recorre à consulta de medicina geral e familiar devido a quadro com dois meses de evolução de tosse não produtiva e cansaço para médios esforços, que persistiam mesmo após dois ciclos de antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico e claritromicina, respectivamente. Apesar de apresentar fervores crepitantes na base pulmonar direita, o restante exame objectivo era inocente, apresentando-se o utente apirético, eupneico em repouso e com saturação periférica de oxigénio de 98%. Numa primeira abordagem imagiológica, a radiografia do torax revelou uma condensação na base do hemicampo pulmonar esquerdo. Dada a persistência dos sintomas após o cumprimento da antibioterapia e a ausência de antecedentes pessoais pneumológicos, foi pedida TC torácica que evidenciou achados compatíveis com PCO. O caso foi referenciado para a pneumologia encontrando-se neste momento em investigação. Até ao momento foi efectuada broncofibroscopia que não revelou alterações e pesquisa de BK no lavado broncoalveolar que também foi negativa. Neste momento encontra-se medicado com deflazacorte 30mg por dia.

PO-10-77

PNEUMONIA ORGANIZATIVA INDUZIDA PELA AMIODARONA: UM SIMULADOR DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Ana Vigário, Catarina Mendonça, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A amiodarona é um antiarrítmico amplamente utilizado e com efeitos adversos sobejamente conhecidos, sendo a toxicidade pulmonar um dos mais graves, podendo ocorrer mesmo em doses baixas. A pneumonia organizativa secundária a amiodarona é uma forma de apresentação histopatológica pouco frequente, mas já foram descritos alguns casos na literatura. Os autores trazem o caso de uma mulher de 78 anos, com fibrilhação auricular sob amiodarona 200mg id, que foi admitida ao Serviço de Urgência com dispneia progressiva até ao repouso, tosse produtiva purulenta, sintomas gripais e dor torácica pleurítica. Estudo analítico a revelar insuficiência respiratória hipoxémica e resposta inflamatória sistémica, e radiografia de tórax a evidenciar infiltrados pulmonares bilaterais e multifocais. O estudo microbiológico da urina, sangue e expectoração foi estéril. A doente foi inicialmente tratada para pneumonia adquirida na comunidade (PAC), tendo-se assistido a um agravamento clínico e radiológico apesar da escalada terapêutica para antibioterapia de largo espectro. Estudo coplementar a excluir outras etiologias, tendo sido submetida a biópsia pulmonar transtorácica, com histologia compatível com pneumonia organizativa. A pneumonia organizativa secundária a amiodarona apresenta-se tipicamente como PAC que não responde à antibioterapia instituída. O diagnóstico depende de uma elevada suspeição clínica, e de um padrão clínico e radiológico compatível. Não sendo a forma de apresentação mais frequente, o presente caso vem reforçar a convicção de que, a toxicidade pulmonar a amiodarona, está presente mesmo em doses baixas.

PO-10-78

DO EXAME AO DIANGÓSTICO

Miguel Oliva Teles, Pedro Ribeiro Santos, Rita Ivo, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ (CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL)

A linfangite carcinomatosa (LC) e a pneumonite de hipersensibilidade (PH) são entidades distintas e de prognóstico muito diverso. Uma caracteriza-se pela metastização dos linfáticos pulmonares por células de carcinoma e outra por uma resposta inflamatória secundária à exposição repetida a um alergénio pulmonar. No entanto, ambas podem apresentar-se por dispneia progressiva. CASO CLÍNICO: mulher de 78 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica e carcinoma mamário invasivo diagnosticado 7 anos antes e submetido a tumorectomia, radioterapia e hormonoterapia. Internada por pneumonia nosocomial (pn) com isolamento de Klebsiella pneumoniae na expectoração e insuficiência respiratória hipoxémica após dois internamentos recentes, ambos caracterizados por febre baixa, dispneia, crepitações bilateralmente e infiltrados radiológicos bilaterais. Negou exposição ambiental ou ocupacional relevante. Tendo em conta degradação clínica e radiológica progressiva e a história de neoplasia foi colocada a hipótese de LC, para além da pn motivadora do internamento. Tinha marcadores tumorais aumentados e tomografia computorizada (TC) torácica com achados muito sugestivos de LC. Manteve antibioterapia dirigida e, após discussão multidisciplinar, iniciou prednisolona (1mg/Kg) e letrozol. Assistiu-se então, e ao contrario do esperado, a uma melhoria clínica e radiológica gradual, tendo a doente recebido alta após 44 dias de internamento. Repetiu TC assistindo-se a uma melhoria dramática das alterações previamente encontradas, de tal forma que o diagóstico imagiológico foi reconsiderado, sendo então colocada a hipótese de PH. Questionada novamente sobre exposição ambiental, a doente referiu exposição frequente a pombos no passado e recidiva parcial dos sintomas após reexposição isolada recente. Foi assumido o diagnóstico de PH aos alergénios do pombo. CONCLUSÃO: Na ausência da evolução esperada o diagnóstico inicial deve ser reconsiderado.

PO-10-79

O PULMÃO DE COLOMBO

Joana Alves, Luís Santos, Lúcia Brandão, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM - HOSPITAL DE SANTA LUZIA

A pneumonite de hipersensibilidade (PH), resulta de uma resposta imunológica a um agente inalado e caracteriza-se por inflamação difusa do parênquima pulmonar e vias aéreas. A patogénese não está totalmente esclarecida, pelo que as medidas de controlo ambiental continuam a ser a pedra angular da terapia. A prevalência e incidência variam, dependendo da intensidade da exposição a determinados antigénios, estação do ano, condições geográficas, costumes locais, proximidade a certas indústrias e factores de risco do hospedeiro. Há um grande número de actividades e profissões em contacto com antigénios

orgânicos e que, por esse motivo, têm risco aumentado de desenvolver PH. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 67 anos, não fumador, criador de pombos desde há 40 anos. Admitido no internamento por história de tosse produtiva, astenia, anorexia, dor pleurítica à esquerda e febre, com 2 meses de evolução. Do estudo analítico destacou-se positividade das precipitinas para penas de pombos. A radiografia de tórax mostrou infiltrado intersticial reticulonodular bilateral e a tomografia computorizada (TC) de tórax revelou "espaçamento intersticial e condensações em "vidro despolido", traduzindo alterações que podem estar associadas a PH". As provas de função respiratória mostraram uma capacidade de transferência alvéolo-capilar para o monóxido de carbono moderadamente diminuída e o lavado broncoalveolar evidenciou um ratio CD4+/CD8+ baixo (inferior a 1). O diagnóstico de PH deve ser célere, na medida em que, numa fase inicial, a doença é reversível. Um diagnóstico correcto é baseado numa história de exposição, exame físico, achados radiológicos e resposta positiva à evicção do agente etiológico suspeito. A PH por pombos apresenta prognóstico reservado, sendo que existem alguns factores que afectam esse prognóstico. O doente abandonou a profissão e iniciou corticoterapia que mantém em desmame, com melhoria clínica.

PO-10-80

QUILOTÓRAX SECUNDÁRIO A CIRROSE HEPÁTICA ETANOLICA

Ricardo Lavajo, Hugo Antunes, Marlene Delgado, Ana Campos, Ana Pereira, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, MEDICINA

INTRODUÇÃO: O quilotórax é uma acumulação de liquido quiloso no espaço pleural, caracterizado por aspecto macroscópico "leitoso" e por elevada concentração de triglicéridos (>= 110 mg/dl). A etiologia é diversa: traumática, neoplásica, infecciosa, congénita… e cirrose hepática. Postula-se que o aumento do fluxo linfático hepático e no canal torácico, proporcional ao aumento da pressão nos capilares hepáticos existente na cirrose hepática conduza ao extravasamento de quilo, podendo este entrar na cavidade pleural através de defeitos anatómicos microscópicos localizados no diafragma e da pressão torácica negativa. CASO CLINICO: Mulher de 62 anos, hábitos etanólicos e diagnóstico recente de doença hepática crónica não caracterizada. Quadro com uma semana de evolução de dispneia e tosse seca com ausência de murmúrio vesicular à direita. Rx tórax mostra derrame pleural à direita. Realizada toracocentese: liquido pleural leitoso, transudado, quilotórax, amílase e ADA normais, ausência de células neoplásicas, amicrobiano (inclusive para micobactérias). Estudo analítico e biópsia hepática confirmam cirrose de etiologia tóxica/alcoólica. Excluídas insuficiência cardíaca (BNP e Ecocardiograma), doença autoimune (autoanticorpos), neoplásia (estudo imagiológico, biópsia pleural, imunofenotipagem de liquido pleural e marcadores turmorais), assim como causa infecciosa (microbiologia do liquido pleural e biópsia pleural) e rotura de canal torácico (linfografia). Concluiu-se o diagnóstico final de quilotórax por cirrose hepática etílica. Durante o estudo, houve recidiva do derrame pleural com SDR, procedendo-se a nova toracocentese evacuadora e diagnóstica (sobreponível). Dado derrame pleural recidivante, optou-se pela realização de pleurodesis que se demonstrou eficaz em controlos radiológicos seriados CONCLUSÃO: O quilotórax trata-se de uma manifestação rara de cirrose hepática (1% dos casos), resultante da circulação transdiafragmática de ascite quilosa.

CUIDADOS PALIATIVOS LCD #11

PO-11-01

BLOQUEIO NEUROLÍTICO INTRATECAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sara Marote, Diego Carrasco, Joana Ferrão, Sónia Nobrega, João Vasco Barreira, Sara Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - MEDICINA 2.3

Introdução: A injeção intratecal de soluções neurolíticas começou a ser praticada em 1931, utilizando injeções de álcool no alívio da ciatalgia. Após 25 anos, as soluções hiperbáricas, como o fenol, passaram a ser preferíveis até a atualidade, pela sua distribuição mais controlada no líquido cefalorraquidiano. O surgimento de outros métodos de analgesia e o medo dos efeitos adversos, como incontinência urinária e fecal e diminuição de força nos membros inferiores, levaram ao abandono desta técnica no passado. Atualmente, a neurólise intratecal tem indicação no tratamento da dor oncológica sagrada-baixa, perineal e retal, refratária aos analgésicos sistémicos, sobretudo em doentes com colostomia, derivação urinária, compromisso da função vesical ou acamados. Técnica: Tem como objetivo bloquear a transmissão dos estímulos nociceptivos, através do bloqueio seletivo das raízes nervosas entre a medula espinal e o gânglio da raiz dorsal. É realizada com o doente sentado com inclinação posterior de 45º, para um efeito seletivo sob as raízes sagradas baixas dorsais da cauda equina. A punção lombar é feita ao nível de L5-S1 com uma agulha 20G inserida até ao espaço subaracnoideu, onde lentamente é injectado 1-2ml de fenol em glicerol aquecido. A duração da analgesia depende da solução neurolítica, sendo de 2 meses ou mais, com o fenol. Resultados: A equipa de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar dos autores, utiliza esta técnica desde 2012 e conta com um total de 5 casos, todos com controlo da dor e sem complicações. Conclusão: Apesar dos avanços da farmacoterapia e técnicas ablativas, a neurólise intratecal tem lugar no tratamento da dor oncológica em casos específicos e, quando realizada por profissionais experientes permite controlo excelente da dor com poucos efeitos adversos. No entanto, os doentes devem ser cuidadosamente seleccionados, tendo em consideração o impacto das possíveis complicações.

PO-11-02

SEDAÇÃO PALIATIVA INTERMITENTE PARA DIMINUIÇÃO DA DISPNEIA, ANSIEDADE E CANSAÇO EXTREMOS NAS ÚLTIMAS SEMANAS DE VIDA.

Maria João Nunes da Silva, Maria Fraga, Ricardo Baptista, João Menezes Santos, Rui Victorino
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/CHLN/FML, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A Sedação Paliativa (SP) pode ser Continua (C) ou Intermitente (I) devendo ter o nível mínimo de sedação para conseguir alívio sintomático. As indicações para SP são os sintomas refratários que não respondem aos tratamentos adequados provocando sofrimento intolerável. A SPC é utilizada no final da vida, sendo a utilização da SPI um tema de crescente atenção em Cuidados Paliativos (CP). Objectivo: Apresentação de um caso clínico ilustrativo de SPI e discussão das suas indicações. Caso Clínico: Homem de 65 anos, com diagnóstico recente de neoplasia pancreática com metástases hepáticas, pulmonares e ósseas. PPS 30. Internado por dor não controlada (8/10) com componente neuropático, necessitou de morfina em perfusão, cetamina oral, pregabalina, paracetamol, dexametasona, amitriptilina e RT na coluna para controlo da dor. No internamento surgiu dispneia, tiragem intercostal, cansaço e ansiedade de agravamento progressivo, 10/10, refratários às terapêuticas habituais. TC Torácica:Tromboembolismo pulmonar bilateral, hemorragia intra-alveolar, pneumonia e metástases pulmonares. O doente estava com sofrimento intolerável, mas queria estar com a esposa o máximo tempo possível. A pedido de ambos iniciou-se SPI com 10mg de midazolam e 5 mg de haloperidol ev em bólus, durante 3 h de manhã e à tarde. Durante a noite fez-se perfusão de 1mg/h de midazolam com 5 mg de haloperidol ev. Assistiu-se a uma redução dos sintomas para 6/10 ao despertar e menos cansaço ao falar, ainda que houvesse um agravamento progressivo posterior. Manteve-se esta terapêutica durante 3 semanas, até à morte do doente. Discussão: Os sintomas foram controlados para níveis suportáveis durante as últimas semanas de vida com a SPI, permitindo a manutenção do desejado contacto com os familiares e profissionais até ao final da vida. Discutem-se vários aspetos da SPI, nomeadamente a sua segurança e reversibilidade do estado de consciência. A SPI pode ser considerada em casos selecionados de CP.

PO-11-03

USO DE OPIÓIDES NUM DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE AGUDOS. CONFORMIDADE COM AS "GUIDELINES"?

Cristiana Canelas Mendes, Maria João Nunes da Silva, João Meneses Santos, Rui MM Victorino
SERVIÇO DE MEDICINA 2,HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/CHLN / FML, LISBOA, PORTUGAL.

Introdução O uso de opióides é um marcador de qualidade no controlo da dor e no tratamento da dispneia em doentes oncológicos (DO) e alguns D não Oncológicos (DNO). Em Portugal, nos Departamentos de Medicina Interna (DMI), os cuidados de fim de vida são assegurados pelos Internista, mais do que pelos "Paliativistas". Nos últimos anos os Internistas familiarizaram-se com o uso dos opióides e com as medidas de conforto nos doentes (D) terminais, DO e DNO. Objectivos Avaliar o grau de conformidade entre a prática dos Internistas num DMI e as "Guidelines" internacionais para o uso de opióides em Cuidados Paliativos (CP) Material e Métodos Trabalho retrospectivo; recolha de dados obtida através da consulta dos processos clínicos dos D internados num DMI falecidos no 2º semestre de 2014. Resultados Registaram-se 160 óbitos no 2º semestre de 2014 (idade média 79 anos, 58% mulheres, demora média 8,5 dias) correspondendo a uma taxa de mortalidade de 8,3%, destacando-se que 42,6% dos D faleceram nos primeiros 3 dias. DO Paliativos (DOP) 69; DO Não Paliativos (DONP) 4; DNO Paliativos (DNOP) 45; DNO Não Paliativos (DNONP) 44. Dor presente em 55D: DOP 39 DNOP 7 DNONP 8. Dispneia presente em 87D: DOP 33, DNOP 27, DNONP 24. Opióides prescritos: Morfina, Fentanilo, Tramadol, Buprenorfina e Hidromorfona. No internamento, excluídos os 3 últimos dias (U3D), 104 D (65,4%) fizeram opióide, destes 82D (78,9%)) fizeram-no em esquema (E), dos quais 26D (38%) fizeram em E + SOS. Nos U3D 46D fizeram opióide em E + SOS. Laxante prescrito em 26D que fizeram opióide em E, excluídos U3D. Fizeram morfina em perfusão nos U3D 51 D, 29 DOP e 12 DNOP e 9 DNONP. Efectuaram-se 15 Sedações em 12 DOP e 3 DNOP, 4 por Medicina Paliativa e 3 por Internistas com formação em CP. Conclusão Apesar da prescrição de opióides já fazer parte da prática clínica dos Internistas e as indicações estarem a ser cumpridas, existem aspetos que requerem optimização.

PO-11-04

ACUPUNTURA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Diego Carrasco, Joana Ferrão, Sara Marote, Sara Santos, João Vasco Barreira, Alice Cardoso
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL-HOSPITAL DOS CAPUCHOS

A acupuntura recomendada pela OMS(1979), é um tratamento milenar, baseado na Medicina Tradicional Chinesa, vários metanalises actuais sugerem que a acupuntura é uma terapia segura e eficaz para o controle dos sintomas relacionados com cancro ou associados ao tratamento deste. A acupuntura é PO-definida com uma técnica de estimulação dos nervos periféricos sensitivos e autonómicos,através da inserção de agulhas em locais específicos que estimulam vários mecanismos de auto-regulação a traves do sistema nervoso, endócrino e imune. A inserção de uma agulha na pele, fáscia, músculo, ligamento, capsula articular ou inserções tendinosas estimula os recetores periféricos sensitivos, fibras Aδ na pele, e as fibras tipo II-III no músculo, produzindo o REFLEXO AXONAL,libertando opioides em grandes quantidades, atuando nos receptores sensitivos periféricos bloqueando a nocicepção. Nos cornos posteriores da medula espinal(CPM)após estimulação das terminações nervosas periféricas vai se libertar neurotransmissores inibitórios, que iram inibir a transmissão nociceptiva ao sistema nervoso central(SNC) originando ANALGESIA SEGMENTAR por depressão da atividade das células dos CPM. O estimulo nervoso é conduzido ao SNC onde através do Núcleo Arqueado o impulso nervoso vai libertar β-endorfinas que vão estimular a substância periaquedutal cinzenta e os feixes inibitórios descentes,segregando noradrenalina e serotonina actuando nas células inibitórias nos CPM estimulando a libertação de encefalina que ira a bloquear a propagação da nocicepção ao SNC. A equipa multidisciplinar de CP realiza desde há vários anos acupunctura aos seus doentes, tendo como indicações a adjuvância no controlo da dor,o controlo da ansiedade e depressão,o controlo da dispneia,da obstipação, da insónia e no controlo das náuseas e vómitos. A acupuntura pode ser um tratamento complementar seguro e eficaz como adjuvante para as equipas dedicadas aos cuidados paliativos.

PO-11-05

IMPORTÂNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – CASUISTICA DE 2 ANOS

Renata Violante Silva, Ana Vaz Cristino, Carmen Pais, Nuno Silva, Anabela Morais, Trigo Faria
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Objectivos: Os cuidados paliativos (CP) destinam-se a pessoas cuja doença, sendo grave e/ou incurável, pode causar intenso sofrimento, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida, independentemente da fase em que a sua doença se encontre. Neste trabalho os autores pretendem mostrar o trabalho realizada na nossa unidade de CP. Métodos: Descrição de uma unidade de CP durante 24 meses, analisando a população internada neste período. Comparam-se 2 anos (2014-2015) após a criação de uma consulta externa dedicada a estes cuidados. Resultados: A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar constituída por 2 médicos, 9 enfermeiros, 7 assistentes operacionais, 1 administrativo, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 nutricionista e 1 assistente religioso. Apresenta uma lotação de 12 camas, onde foram internados 474 doentes, dos quais 265 eram homens. O grupo etário mais prevalente foi entre os 71 e os 90, sendo que 15.6% tinham menos de 60 anos. A patologia não oncológica, como motivo de referenciação, aumentou de 14% para 20% em 2015 e as neoplasia colo-rectal foi a patologia oncológica mais frequente. Com a criação da consulta externa de CP no hospital em 2015, a demora média de internamento diminuiu de 19 para 13.5 dias. Cerca de 24% dos doentes tiveram alta para o seu domicílio após controlo de sintomas e 10% foram transferidos para a rede nacional de cuidados continuados. A taxa de mortalidade foi superior a 60% nos 2 anos, tendo aumentado em 2015 o acompanhamento permanente dos utentes por familiares (4.8 vs 7.3%) e na hora do óbito (10.5 vs 17%). Conclusão: Os autores mostram com este trabalho que as doenças não oncológicas comprometem a qualidade de vida, no fim da vida, da mesma forma que as doenças oncológicas, pelo que devem ser abordadas com os mesmos cuidados diferenciados. De salientar, a importância do seguimento destes doentes em ambulatório e continuação de cuidados no domicílio bem como a eficaz articulação destes cuidados com o internamento.

PO-11-06

DERRAME PLEURAL MALIGNO, UMA ALTERNATIVA PALIATIVA

Ana Rita Costa, Mariana Meireles, Ana Rita Cruz, João Araújo Correia
SERVIÇO DE MEDICINA, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Nos doentes com diagnóstico de neoplasia da mama em estadios precoces, a recorrência permanece a principal causa de morte a longo prazo. O derrame pleural pode ser a manifestação inicial de recidiva, condicionando morbilidade significativa. Existem várias opções terapêuticas mas as toracocenteses de repetição são invasivas e a pleurodese não é opção quando existe encarceramento pulmonar. A colocação de cateter pleural permite uma gestão paliativa efectiva dos sintomas associados ao derrame pleural recidivante. Uma mulher de 82 anos com antecedentes de carcinoma da mama aos 40 anos, submetida a cirurgia e radioterapia, recorre ao serviço de urgência por dispneia, dor pleurítica e síndrome consumptivo. Documentado derrame pleural exsudativo com espessamento pleural e encarceramento pulmonar. A anatomopatologia da pleura confirmou recidiva de adenocarcinoma da mama. Evoluiu no internamento com empiema organizado infectado por A. Baumanni e E. coli após abordagem invasiva do líquido pleural para alívio sintomático. Atendendo à irreversibilidade do quadro infeccioso a curto prazo, colocou cateter pleural tunelizado para alívio sintomático e controlo de foco. Esta técnica permitiu que a doente passasse os seus últimos dias em família e com sintomas controlados. Faleceu 3 semanas após a alta por progressão de doença neoplásica mais do que pelo processo

infecioso. A sobrevida média dos doentes com metastização pleural é 4-6 meses. É fundamental definir as opções terapêuticas de forma a assegurar qualidade de vida. O cateter pleural associa-se a baixo risco de complicações e 78% dos doentes não requerem re-hospitalizações devido a sintomas associados ao derrame pleural recidivante. A colocação de cateter pleural definitivo permitiu a gestão paliativa domiciliária de acordo com a vontade expressa da doente.

DOENÇA CEREBROVASCULAR E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) — LCD #11

PO-11-07

ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA - CASO CLÍNICO EM ADULTO JOVEM

Rui Terras Alexandre, Carla Madureira Pinto, Elisabete Pinelo, Eugénia Parreira
SERVIÇO MEDICINA INTERNA - UH BRAGANÇA - ULS NORDESTE

Feminino 23 anos,admitida na urgência por clínica com 72h de mialgias difusas,hipertermia e cefaleia holocraneana intensa,sem melhoria com apirexia,não associada a fotofobia ou vómitos e sem perturbação da acuidade visual.Nas últimas 24h,tosse seca,sem dispneia ou toracalgia,bem como perturbação da marcha com desequilíbrio sem lado preferencial e retenção urinária aguda. Ao exame neurológico:Prostrada,orientada,sem alterações fala/linguagem.Nistagmo esgotável lateral.Pupilas sem alterações.Paraparésia inferior grau 4.ROT vivos desde C4,todos presentes.RCP em flexão.Erros bilaterais na avaliação de sensibilidades posturais dos membros inferiores,mais à esquerda.Ligeira ataxia direita na prova dedo-nariz.Ligeira rigidez da nuca.Marcha não possível. Realiza TAC CE e veno-TAC que não documentam alterações.Faz PL, química do LCR com glicose 64mg/dl.Citológico com 21 leucócitos mm3,60% neutrófilos e 40% linfócitos.Colocada hipótese diagnóstica provável de meningomielite infecciosa,iniciada antibioterapia com ceftriaxone e aciclovir e metilprednisolona. É internada e realiza RM cerebral e medular que documenta"alteração de sinal em praticamente todo o cordão medular,havendo alteração do sinal do tronco cerebral,não só do bolbo como protuberância.Heterogenicidade de sinal e espessamento dos pedúnculos cerebelosos.Alteração de sinal na substância branca periventricular.Hipótese de encefalomielite disseminada aguda(ADEM)".Suspendeu antibioterapia e manteve ciclo de metilprednisolona durante 5 dias,com benefício clínico evidente.Exame cultural e pesquisa vírus por PCR no LCR negativos. Assumido diagnóstico de ADEM parainfecciosa,orientada para consulta de Neurologia. É uma doença monofásica inflamatória difusa do SNC,que geralmente ocorre após vacinação ou infeção.O achado de lesões desmielinizantes na RM foi importante,mas não por si só suficiente para o diagnóstico definitivo.De acordo com a literatura,comprovou-se o benefício da introdução precoce de metilprednisolona.

PO-11-08

UM RARO CASO DE ALUCINAÇÕES VISUAIS EM DOENTE AMAURÓTICO.

Marta Cunha, Sofia Xavier, Sara Freitas, Glória Alves, Pedro Cunha, Jorge Cotter.
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

Introdução:A síndrome de Charles Bonnet (SCB) corresponde a um estado de alucinações visuais em doentes com noção da irrealidade das mesmas, surgindo como diagnóstico de exclusão em doentes com actividade alucinatória visual. Os autores pretendem expor um caso de um doente que deu entrada no serviço de urgência com alucinações visuais e que teve como diagnóstico à posteriori de SCB. Métodos: Consulta do processo clínico com revisão bibliográfica. Caso Clínico: Sexo masculino,71 anos, invisual parcialmente dependente nas AVDs. Antecedentes pessoais de amaurose bilateral desde a infância em contexto desconhecido, Diabetes Mellitus tipo 2 com doença renal crónica em estadio IV, epilepsia generalizada sequelar a AVC isquémico,controlada. Medicado cronicamente com levetiracetam, insulina, colecalciferol, calcitriol, diltiazem. Recorreu ao SU 11/2015 encaminhado da consulta de Nefrologia por episódio súbito de aparecimento de alucinações visuais. Referia visualizar imagens da natureza que com noção da irrealidade das mesmas. Exame objectivo sem alterações de relevo salientando-se apenas ao exame neurológico diminuição da acuidade visual.Analiticamente sem alterações. TAC-CE sem evidência de lesões isquémicas, hemorrágicas agudas ou ocupantes de espaço. A RMCE demonstrou incipiente leucoencefalopatia isquémica. Realizou EEG sem alterações paroxísticas. Dada a negatividade de todo o estudo clínico foi possível estabelecer-se o diagnóstico de SCB. O doente teve alta para o domicílio encaminhado para consulta externa com medicação habitual.Até a data tem estado estável, com reversão das queixas, sem recorrência do quadro. Conclusão:O SCB é uma doença que embora não seja rara tende a ser frequentemente sub-diagnosticada. O diagnóstico baseia-se num alto índice de suspeição após exclusão de outras presumíveis causas, sugerindo-se cautela no seu estabelecimento.

PO-11-09

HEMORRAGIA CEREBELOSA, UMA MANIFESTAÇÃO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

César Vidal, Sandra Martin, Maria Eugénia André
HOSPITAL AMATO LUSITANO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial (HTA) é secundária em cerca de 2 a 10% dos casos, e 2.5 a 6% são consequência de doença parenquimatosa renal. A hemorragia cerebral espontânea é a segunda forma mais comum de acidente vascular cerebral (AVC) e a vasculopatia hipertensiva é a causa mais comum. CASO CLINICO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, autónoma, com antecedentes de HTA, dislipidemia, hipotiroidismo e síndrome depressivo, medicada com 4 anti-hipertensores, que recorre ao serviço de urgência (SU) a 9-10-2015 ao fim da tarde por quadro de cefaleia holocraneana, com náuseas e vómitos, de instalação súbita, com cerca de 2h de evolução, e HTA objectivada no domicílio logo pela manhã de 220mmHg de sistólica. À admissão no SU, consciente, colaborante e orientada, com TA 230/150mmHg, sem outras alterações ao exame objectivo. Realizou tomografia computorizada crânio encefálica (TC CE) que revelou hematoma agudo intraparenquimatoso hemisférico cerebeloso profundo direito, com 26x18mm, a condicionar colapso parcial e ligeiro desvio contralateral da cavidade do IV ventrículo. Foi contactado o serviço de neurocirurgia do hospital de referência e a doente foi transferida para eventual tratamento cirúrgico. Regressou após 4 dias, mantendo como défices desequilíbrio e náuseas. Apresentava também discreto edema dos membros inferiores, sinais de estase pulmonar em telerradiografia de tórax, lesão renal aguda (SUr/SCr 82/1.7 mg/dL), hipoalbuminemia (2.2 g/dL) e HTA resistente ao tratamento instituído. Em estudo de urina ocasional revelou rácio proteínas/creatinina 4296/385 mg/L. Foi referenciada ao serviço de Nefrologia e realizou biopsia renal que revelou glomerulonefrite membranosa com lesões de esclerose e encontra-se neste momento sob corticoterapia. DISCUSSÃO: Com a apresentação deste caso os autores pretendem salientar a pertinência de investigar causas secundárias de hipertensão, nomeadamente em doentes com HTA resistente e com lesão de órgão alvo.

PO-11-10

UMA APRESENTAÇÃO RARA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Luís Ramos dos Santos, João Adriano Sousa, Duarte Noronha, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução A Coreia ou Hemibalismo podem ocorrer secundariamente a isquémia nos núcleos da base cerebral. A isquémia é a principal causa de hemibalismo adquirido, mas ocorre em menos de 1% de todos os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Objectivo: descrever uma apresentação rara de AVC. Métodos: consulta do processo clínico após consentimento informado. Caso Clínico 78 anos, sexo feminino, autónoma, antecedentes de Hipertensão e Dislipidémia, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por movimentos involuntários no hemicorpo direito com 2 dias de evolução sem outra sintomatologia. Ao exame objectivo: orientada no espaço e tempo, discurso lógico e coerente, hemodinamicamente estável, auscultação cardiopulmonar sem alterações, movimentos tipo

hemibalismo no hemicorpo direito sendo mais evidentes no membro inferior direito em repouso, sem outros défices. A tomografia computorizada crânio-encefálica no SU não mostrou lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas, salientando leucoencefalopatia isquémica. Internada por suspeita de AVC de núcleo da base. O ecodoppler dos vasos do pescoço mostrou ateromatose dos eixos carotídeos sem velocidades de fluxo aumentadas; a ressonância magnética cerebral evidenciou pequeno foco de hipersinal em T2/FLAIR na corona radiata e corpo do núcleo caudado à esquerda, com restrição da difusão, traduzindo enfarte agudo em território das artérias lenticuloestriadas laterais. Durante o internamento foi ainda feito o diagnóstico de Diabetes mellitus. Medicada com aspirina, estatina e haloperidol com progressiva melhoria. Conclusão As lesões talâmicas podem originar uma variedade de síndromes clínicos como AVC sensitivo puro, hemiparésia atáxica e, raramente, movimentos involuntários. A hemicoreia e o hemibalismo vasculares são classicamente atribuídos a enfartes lacunares do núcleo subtalâmico, mas podem estar associados a isquémia em qualquer dos núcleos da base e mesmo no córtex. Assim, perante hemibalismo inaugural a exclusão de AVC é fundamental.

PO-11-11

URGÊNCIA NEUROLÓGICA?

Isabel A.Costa, Nuno Pinheiro, Daniel Botelho, Alberto Mello e Silva, Miguel Viana Baptista
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL - EGAS MONIZ

Introdução:O uso de tomografia axial computorizada crânio-encefálica (TC–CE) no Serviço de Urgência (SU) tem aumentado. Objectivo:Caracterizar os doentes submetidos a TC-CE em Abril de 2015 no SU. Material e métodos:Análise retrospectiva das TC-CE realizadas num mês no SU onde os autores trabalham. Variáveis incluídas mediante consulta do processo informático: idade, sexo, factores de risco cardiovasculares (FRCV), psicofármacos, estatinas, antiagregação (AA)/anticoagulação (ACo), motivo do pedido, activação da Via Verde (VV), resultados da TC-CE, destino. Resultados: 117 TC-CE, 75 (64%) em mulheres. A idade média foi 66 anos. Os FRCV: HTA (n=69, 59%), dislipidémia (n=38, 32%), DM tipo 2 (n = 32, 27%), fibrilhação auricular (n=13, 11%), obesidade (n=10, 8%) e doença renal crónica (n=5, 4%). Uso de psicofármacos em 34 (29%) doentes, estatina em 48 (41%), AA em 36 (31%) doentes. Cinco sob ACo (4%) e 1 doente anticoagulado e antiagregado (0.8%). Os motivos: traumatismo crânio-encefálico (n=39, 33%), sinais focais (n=32, 27%), cefaleias (n=15, 13%), alteração do estado de consciência (n=17, 14%), vertigens (n=10, 8%), convulsão (n=2, 2%) e suspeita infecção do sistema nervoso central (n=2, 2%). Activada a VV AVC em 15 (14%) doentes. Das TC-CE: 67 (57%) sem alterações, lesões isquémicas em 14 (12%) doentes, isquémica e hemorrágica em 10 (9%), hemorragia em 9 (8%), leucoencefalopatia vascular em 9 (8%) e lesões ocupantes de espaço em 2 (2%) doentes. Após a alta 70 (60%) doentes encaminhados para o médico assistente, 17 (15%) Unidade de AVC, 9 (8%) internados em Medicina Interna, 8 (7%) em Neurologia, 6 (5%) para a consulta de Neurologia e 7 (6%) outras consultas. Dos 34 (29%) doentes internados, 16 (47%) sem alterações inicialmente na TC CE. Submetidos a controlo imagiológico posterior com alterações em 2 (12%). Conclusão:Um elevado número de TC-CE não mostrou alteração aguda que tivesse interferência no seguimento imediato e na orientação terapêutica.

PO-11-12

HEMATOMA SUBDURAL INFECTADO: UMA COMPLICAÇÂO POUCO COMUM

Elvis Arias, Joana Goulão, Alexandra Reis, Francisca Delerue
HOSPITAL GARCIA DE ORTA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: o empiema cerebral é uma infeção rara que pode ser secundária a mecanismos como trauma cerebral, cirurgia neurológica ou resultado de disseminação. Objetivo: descrever um caso de empiema cerebral causado por Escherichia coli e secundário a disseminação hemática pós trauma. Feminino, 86 anos. Com história de HTA, Demência. Várias quedas nos últimos dias, com vinda ao serviço de urgência (SU) que motivou internamento durante dois dias, após queda com TCE sem perda de conhecimento. A TC CE revelava hematoma subdural subagudo esquerdo, sem indicação neurocirúrgica. Nova vinda ao SU por tremores e febre com três dias de evolução. Enquanto aguardava na sala de espera terá tido alteração do estado de consciência. Vígil, afásica. Dos exames complementares realizados destacam-se aumento dos parâmetros inflamatórios, urina sugestiva de infeção e TC CE com ligeiro aumento das dimensões do hematoma. Assumiram-se os diagnósticos de alteração do estado neurológico, em doente com hematoma subdural recente e infeção urinaria. Iniciou tratamento empírico com cefuroxima. Com Isolamento posterior de E. coli sensível a cefuroxima em urocultura e hemoculturas. Sem melhoria clínica e agravamento dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi realizada nova TC CE que documentou aumento da espessura do hematoma, traduzindo evolução para a cronicidade. Discutiu-se o caso com Neurocirurgia que optou por intervencionar, constatando conteúdo hemato-purulento. Escalado antibiótico para piperacilina/tazobactam. O exame cultural do drenado revelou E. coli sensível a cefuroxima, coincidente com o resultado das hemoculturas. Cumpriu 14 dias de tratamento antibiótico após controlo do foco, com melhoria significativa, normalização dos parâmetros inflamatórios e hemoculturas de controlo estéreis. Conclusão: O empiema subdural é uma apresentação rara e potencialmente fulminante de infeção intracraniana com alta taxa de morbi-mortalidade, que requer um diagnóstico e tratamento precoce

PO-11-13

PARAPARÉSIA ISOLADA NA ADRENOLEUCODISTROFIA

Maria João Baldo, Jean Michel, Vera Espirito Santo, Ricardo Almendra, Ana Velon
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE NEUROLOGIA

Introdução: A adrenoleucodistrofia (ALD) é uma doença genética recessiva rara (1:100000), grave e progressiva, ligada ao cromossoma X. Provoca depósito peroxissomal, levando a uma acumulação de ácidos gordos de cadeia longa, sobretudo a nível das glândulas supra- renais e da substância branca do sistema nervoso. Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 63 anos, autónoma, recorre à consulta por distúrbio da marcha com vários anos de evolução, cujo agravamento atribui a lombociatalgia esquerda. A.P: Síndrome depressivo e cirurgia de hérnia discal cervical. A.F: Paraplegia espástica tipo 4 (SPG4) em prima de 1ª grau. ENS: paraparésia espástica (MRC 4+/5), síndrome tetrapiramidal com Babinski bilateral. A investigação imagiológica incluiu RMN medular que evidenciou: "radiculopatia C6 esquerda, volumosa hérnia discal extrusa, L4-L5, ventro-lateral direita, que comprime L5 direita no recesso lateral". A electromiografia demonstrou "atrofia nos m. inferiores secundária a radiculopatia lombo-sagrada L4 e S1 bilateralmente". Realizou estudo analítico alargado e teste genético para SPG4 que foi negativo. A investigação prosseguiu para paraparésias espásticas recessivas e o doseamento dos ácidos gordos de cadeia longa foi compatível com doença de beta-oxidação peroximal. Realizou estudo genético que confirmou a mutação ABCD1 adrenoleucodistrofia ligada ao X em heterozigotia, compatível com X-ALD. Posteriormente, realizou estudo endocrinológico para exclusão de insuficiência adrenal que foi negativo. Foi medicada com baclofeno e orientada para tratamento de reabilitação. Discussão/ Conclusão: Este caso é importante pela sua raridade pois apresenta uma manifestação neurológica moderada com um gene recessivo e na ausência de insuficiência adrenérgica. A salientar também, na mesma família a paraparésia espástica como manifestação de duas doenças neurológicas raras.

PO-11-14

NEM TUDO É ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Maria João Baldo, Jean Michel, Vera Espirito Santo, Ricardo Almendra, Ana Velon
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE NEUROLOGIA

Introdução: A degeneração hepatolenticular adquirida (AHD) manifesta-se por uma variedade rara de sintomas e/ou sinais neurológicos no doente com patologia hepática, por vezes confundíveis com a encefalopatia hepática. Encontra-se associada com a hipertensão portal e com os shunts porto-sistémicos. A patofisiologia ainda não se encontra completamente compreendida. Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 58 anos, autónomo, referenciado por enfartes lacunares. A.P: Gastropatia erosiva, doença hepática

crónica (Child-Pugh A) de etiologia etanólica. Medicado em ambulatório: propanolol 10 mg, vit. B12 1 mg, ác. Fólico 5 mg, lorazepam 1 mg, mirtazapina 15 mg, nicergolina 30, escitalopram 5 mg. ENS: lentificação psicomotora, disartria minor, tremor em repouso da mão esquerda, mioclonias e rigidez assimétrica grau 2. Exames complementares (a salientar): padrão cito-colestático com hiperbilirrubinémia ligeira, excluiu-se causas infecciosas, auto-imunes e endocrinológicos. Constatou-se hiperamonemia: 140,9 umol/L (26-47). TAC Craniana: sem alterações. Ecografia abdominal: hepatomegália com hipertensão portal. Doente com agravamento progressivo da lentificação psicomotora e alucinações visuais intermitentes, com valores de amónia normais e laboratorialmente sem alterações. Realizou RMN CE: "hipersinal nos núcleos lenticulares e na transição disencefalo-encefálica, aspecto que pode estar relacionado com distúrbios tóxico-metabólicos". Discussão/ Conclusão: Os distúrbios do movimento e a disfunção cognitiva são uma das manifestações da degenerescência hepato-lenticular cerebral , sem terapêutica especifica com baixa resposta clínica. O tratamento é o transplante hepático. A interrupção dos shunts porto-sistémicos deve ser sempre considerada.

PO-11-15

HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL – A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE

Guiomar Pinheiro, Inês Furtado, Samuel Fonseca, Ana Campar, Teresa Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

A hidrocefalia de pressão normal (HPN) refere-se a um alargamento patológico dos ventrículos com pressões de abertura normal na punção lombar. Esta entidade cursa com a tríade clássica de demência, distúrbio da marcha e incontinência urinária. A sua incidência varia de 2 a 20 milhões por ano, dependendo das populações estudadas e pode ser idiopática ou secundária, distribuindo-se de igual forma pelos sexos. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 79 anos com antecedentes de risco vascular e cardiopatia hipertensiva. História de alterações progressivas da marcha com agravamento nas semanas que antecederam a recorrência ao serviço de urgência e incontinência urinária associada. Tomografias cerebrais seriadas a revelar alargamento das vias de circulação do líquor supratentoriais, sem sinais de tensão. Realizou prova terapêutica com punções lombares evacuadoras (3x30cc), verificando-se benefício na marcha em contexto mais provável de HPN. Posteriormente em regime de ambulatório observada melhoria da incontinência urinária. Tratando-se de uma entidade potencialmente reversível de demência é necessário considerar o diagnóstico ad início para reconhecimento precoce e tratamento consequente.

PO-11-16

MENINGITE PURULENTA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Duarte Silva, Cátia Barreiros, Lúcia Meireles Brandão, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra, Alfredo Pinto.
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE SANTA LUZIA, VIANA DO CASTELO – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A infeção do sistema nervoso central por Pseudomonas aeruginosa (PA) é rara, correspondendo a 6-12% das meningites por bactérias gram negativas. Geralmente é secundária a procedimentos cirúrgicos ou traumatismo crâneo-encefálico e, apenas ocasionalmente, a bacteriemia. O tratamento é difícil e com poucos estudos publicados. No entanto, os princípios básicos envolvem o pronto diagnóstico e início de terapêutica (com altas doses de agentes bactericidas). Caso Clínico: Mulher, 85 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, carcinoma basocelular cervical ulcerado não tratado e demência de alzheimer. Alectuada. Prostração, febre e crises convulsivas parciais com 15 dias de evolução. À admissão com respiração ruidosa e mioclonias do hemicorpo esquerdo. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia, hiponatremia (120mmol/L) e hipocaliemia (2.8mmol/L), alcalose metabólica. TC CE com "sinais de leucoencefalopatia isquémica, atrofia cortical e subcortical e lesões hipodensas (envolvendo a substancia branca e cinzenta) frontotemporoparietais e occipitais esquerdas (enfartes?)". Iniciada correção das alterações iónicas e controlo das crises convulsivas com levetiracetam e ácido valpróico. Admitida na enfermaria ao 4º dia, sem melhoria. Realização de punção lombar (PL) revelando liquor purulento, pleocitose neutrofilica (31259 leucócitos, 90% de neutrófilos), hiperproteínoraquia (389mg/dl) e hipoglicoraquia (<5mg/dl). Medicada empiricamente com ceftriaxone e ampicilina, Ao 6º dia, cultura do liquor revela PA multirresistente (apenas sensível a aminoglicosideos), sendo ajustada antibioterapia. Evolução desfavorável com agravamento clínico progressivo falecendo ao 12º dia de internamento. Conclusão: Segundo a literatura, a mortalidade da meningite a PA pode atingir os 40% sendo mais elevada nas infeções resultantes de bacteriemia em imunocomprometidos, nos casos com endocardite subjacente ou otite externa maligna. Apresenta-se este caso pela raridade etiológica.

PO-11-17

DOENÇA DOS CORPOS DE LEWY E DESNERVAÇÃO CARDÍACA - ÍCONE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DEMÊNCIAS?

Patrícia Aranha, Margarida Cortes, Rafael Santos, Madalena Leite Rio, Maria Inês Silva, Luís Brito-Avô, Luís Menezes Falcão
SERVIÇO DE MEDICINA 1, HOSPITAL DE SANTA MARIA - CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

A Demência de Corpos de Lewy (DCL) corresponde à segunda demência degenerativa mais comum, depois da Demência de Alzheimer (DA). Apesar da frequência, é uma doença subdiagnosticada, sobretudo pelas semelhanças clínicas com a DA e Doença de Parkinson e pelo baixo índice de suspeição clínica. Apresentamos doente do sexo feminino, 87 anos, trazida ao Serviço de Urgência (SU) por prostração e episódio de hematoquézias. Antecedentes de fibrilhação auricular (FA) medicada com rivaroxabano e diagnóstico clínico presuntivo de DCL medicada com memantina, rivastigmina, clozapina e mirtazapina. No SU apresentava sinais de insuficiência cardíaca (IC) - ingurgitamento venoso jugular, estase pulmonar e edemas periféricos -, hipotensão,em doente com habitual perfil hipotensivo, e exame neurológico sem sinais focais. TAC cranioencefálica sem alterações. Lavagem gástrica sem hemorragia. ECG com FA 81bpm, e Rx tórax com hipotransparência do lobo inferior direito. Laboratorialmente com hemoglobina (Hb) de 11,9 g/L. TAC abdominal revelou doença diverticular do cólon. Dada a idade, não se ter objectivado queda de Hb ou novos episódios de hematoquézias, não se realizou colonoscopia. Ecocardiograma com insuficiência mitral moderada e tricúspide ligeira, sem alterações da contractilidade segmentar e com boa função sistólica global. NT proBNP de 18999pg/mL. Dado hipotensão com suspeita de disfunção autonómica, não haver no ecocardiograma justificação para o grau de IC e o diagnóstico presuntivo de DCL, foi realizada gamagrafia corporal com MIBG 123I que revelou depleção adrenérgica miocárdica traduzindo disfunção simpática cardíaca. As doenças dos Corpos de Lewy apresentam um défice funcional adrenérgico com alteração da inervação miocárdica. Discute-se o papel da cintigrafia do miocárdio no diagnóstico das demências, assim como as repercussões de um défice adrenérgico que se traduz inúmeras vezes em disfunção autonómica e IC, síndromes muitas vezes negligenciados na população idosa.

PO-11-18

DIFFICULTIES IN BRAIN TUMOR DIAGNOSIS

Ana Pais, José Marçalo, Sara Casanova, André Pereira, Luis Menezes Falcão
HOSPITAL DE SANTA MARIA- MEDICINA 1D

BACKGROUND: The clinical presentation of brain neoplasms is usually nonspecific and its neurological symptoms can be focal (e.g. weakness of a limb) or generalized (e.g. seizures). Metastasis are the most common finding, being responsible for a half of all brain tumors. The other half is comprised of primary brain tumors whose majority arise from glial tissue. We, hereby, describe a case of an oligodendroglial tumor in a patient with metastatic melanoma. CASE DESCRIPTION: A 65-year-old man presented after two episodes of generalized tonic-clonic seizure with no past medical history of epilepsy. He recently had been subjected to four skin biopsies which came positive for melanoma

metastasis. Brain imaging studies showed a left parietal hemorrhagic lesion with surrounding edema which was interpreted in the previous context. The differential diagnosis was between melanoma and cavernoma. After surgical excision, histopathology revealed an anaplastic oligodendroglioma, IDH1 and p53 negative and 1p19q co-deletion positive . CONCLUSION: This case report shows the importance of biopsy in brain tumors even in a situation where clinical history and imagiologic studies are highly suggestive. The prognosis significance of the presence of 1p19q deletion on the improved survival in oligodendroglioma patients enhances the importance of obtaining molecular markers in the work-up of neoplasms.

PO-11-19

ENFARTE DO TRONCO CEREBRAL - QUANDO SUSPEITAR?

Joana Martins, Raquel Gil, Diana Fernandes, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Os acidentes vasculares do tronco cerebral podem manifestar-se através de um largo espectro de défices neurológicos, contra e ipsilaterais à lesão, dependendo da sua localização e extensão, contribuindo para uma maior dificuldade no diagnóstico. Caso Clínico: Mulher, 75 anos, autónoma, antecedentes de hipertensão arterial de difícil controlo, dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com quatro dias de evolução de ptose direita, desvio da comissura labial para a esquerda e disfagia para sólidos e líquidos. Ao exame neurológico, além dos défices descritos, objetivada protrusão da língua com desvio para a esquerda, hemihipostesia esquerda, hipostesia da hemiface direita. Realizou TAC cerebral que não revelou alterações e ressonância magnética cranioencefálica que mostrou acidente vascular isquémico na vertente lateral direita do bulbo, na transição para a protuberância. Iniciou antiagregação plaquetária e foi otimizada terapêutica para controlo de fatores de risco vascular. Teve alta ao nono dia de internamento, orientada para consultas de Medicina Interna e Medicina Física e de Reabilitação. Comentário: Os acidentes vasculares do tronco podem constituir um desafio diagnóstico, dependendo a sua identificação do grau de suspeição clínica. No caso apresentado a objetivação de síndrome sensitivo alterno levantou a hipótese de lesão vascular do tronco cerebral e conduziu à investigação adicional realizada.

PO-11-20

DISFAGIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Joana Martins, Andrei Gradinaru, Purificación Ortiz, Carmen Valdivieso, Eugénia Madureira
ULSNE – UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica caracteriza-se por fraqueza muscular progressiva com atrofia subsequente. Existem alguns casos hereditários (5-10%), contudo, a maioria surge sem que se perceba completamente o mecanismo fisiopatológico. O atingimento muscular inicia-se pelas extremidades, geralmente pelos membros superiores. Na sua forma mais grave, associa-se a paralisia bulbar com consequente disfagia e dificuldade na mastigação, conduzindo a perda ponderal. Caso Clínico: Mulher, 76 anos, autónoma, trazida ao serviço de urgência por quadro com um ano de evolução de disfagia para sólidos e líquidos, afasia de instalação progressiva, dificuldade na oclusão mandibular e perda ponderal. Ao exame objetivo de salientar atrofia muscular da língua, impossibilidade de deglutir a saliva e fasciculação na região do tórax. Trazia TAC do pescoço que não revelou alterações. Foi discutido o caso com Neurologia e em conjunto definido plano de investigação: realizou TAC e RMN cerebrais e endoscopia digestiva alta que não mostraram alterações. O estudo eletromiográfico foi compatível com doença neuromuscular, tendo sido assumido o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica e proposta para colocação de gastrostomia percutânea. Teve alta ao oitavo dia de internamento medicada com riluzol 50mg, duas vezes ao dia, e orientada para consultas de Neurologia e Nutrição. Comentário: A esclerose lateral amiotrófica é uma doença que afeta a qualidade de vida e a sobrevida dos doentes. Com este caso pretende-se sensibilizar os clínicos para a existência desta entidade nosológica que muitas vezes passa despercebida, condicionando anos de evolução de doença até ao diagnóstico, com implicações prognósticas.

PO-11-21

UM QUADRO NEUROLÓGICO MIMETIZADOR DE AVC.

Albina Moreira, João Filipe Rosinhas, Cristina Rosário, Miguel Baptista, Filipe Correia, Catarina Cruto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

O início súbito de défices neurológicos focais que identificam um território vascular correspondem quase sempre a acidentes vasculares cerebrais (AVC). No entanto algumas doenças não vasculares, como infecções, epilepsia, tumores, podem ter uma apresentação clinica idêntica. Apresenta-se o caso clinico de um homem de 75 anos que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por défice motor direito de instalação súbita, com duas semanas de evolução. Ao exame neurológico apresentava hemiparesia direita grau 4+ em 5 (escala Medical Research Council); Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica (TC- CE) que foi normal. Foi colocada a hipótese de acidente vascular cerebral (AVC) lacunar. Dez dias depois verificou-se agravamento dos défices, com maior dificuldade na marcha, comprometimento dos movimentos finos da mão direita e dor cervical ipsilateral. Ao exame neurológico documentado ligeiro agravamento da hemiparesia direita grau 4 em 5 (MRC), com assimetria dos reflexos osteotendinosos (mais intensos a direita) e reflexo cutâneo plantar em extensão à direita; marcha hemiparética com necessidade de apoio unilateral. Foi repetido TC-CE, novamente sem alterações. Prosseguiu estudo com RMN encefálica e medular cervical que mostrou: lesão endocanalar à direita, com implantação na dura-máter, revestindo os corpos vertebrais de C2 e C3 (condicionando compressão do cordão medular) sugestiva de meningioma. Foi realizada exérese da lesão, cujo estudo histopatológico confirmou tratar-se de um meningioma. O doente apresentou recuperação dos défices neurológicos. Os meningiomas são tumores que surgem de forma contígua às meninges. Localizam-se maioritariamente no crânio, mas cerca de 10% são encontrados na coluna vertebral. Podem ser assintomáticos ou apresentar um variado leque de sintomas. Este caso clínico salienta a importância do diagnóstico diferencial com patologias não vasculares nos quadros neurológicos de instalação súbita, sobretudo pela implicação terapêutica do AVC.

PO-11-22
HIPOPERFUSÃO CEREBRAL: QUANDO AS CIRCUNSTÂNCIAS COINCIDEM

Elvis Arias, Elisa Costa, Liliana Pereira, Miguel Rodrigues
Hospital Garcia de Orta, EPE - Serviço de Medicina Interna, Serviço de Neurologia

Objetivo: documentar que alterações transitórias neurocardiogenicas podem levar a hipoperfusão cerebral, que em terreno desfavorável causam lesões cerebrais isquémicas. Homem,70 anos. Desde há cerca de 3 meses com episódios súbitos de tonturas, com duração de poucos segundos e sem perdas do estado de consciência. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por aumento da frequência destes episódios. No SU iniciou quadro de sonolência, desvio do olhar para a esquerda, paresia facial central direita, disartria marcada, hemiparesia flácida do hemicorpo esquerdo e reflexo cutâneo-plantar extensor (NIHSS:21), com duração de cerca de 30 minutos e reversão espontânea. ECG ritmo sinusal, TAC -CE sem alterações. Realizou angio-TC que sugeria estenose do segmento V4 da artéria vertebral direita. Ecodoppler cervical e transcraniano, assim como angio-RM apoiaram esse diagnóstico. A RM-Encefálica mostrou múltiplas pequenas lesões isquémicas recentes dispersas nas regiões córtico-subcorticais de ambos os hemisférios cerebelosos e ainda na região protuberancial para mediana esquerda e pedúnculo cerebral do mesmo lado. Foi instituída dupla antiagregação e dose crescente de atorvastatina. Optou-se pela realização de angiografia cerebral que revelou estenose pré-oclusiva na artéria vertebral direita em V4. Realizou tratamento endovascular de estenose intracraniana através de angioplastia com balão e colocação de stent intracraniano. Fez ainda ecocardiograma sem alterações significativas e holter de 24H que documentou períodos de BAV completo. Perante o resultado deste exame procedeu-se a implantação de Pacemaker. Atualmente sem novos

défices neurológicos. Conclusão: as características clínicas sugeriam episódios de hipoperfusão cerebral, com causa multifatorial nomeadamente cardíaca e estenoses no sistema vertebrobasilar, as quais tem implicações terapêuticas e prognósticas importantes.

PO-11-23

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO NO JOVEM

Sara Cameira Croca
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 1C

Apresentamos um caso clínico ilustrativo da importância de uma abordagem etiológica ampla no acidente vascular cerebral isquémico (AVCi) no jovem e o estabelecimento de estratégias de prevenção secundária pelo impacto na qualidade e esperança de vida. Homem, 35 anos, sem antecedentes patológicos. Recorreu ao serviço de urgência por hemianópsia homónima esquerda com 24 horas de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante. História familiar de dois irmãos falecidos em idade jovem por morte súbita cardíaca. Ausência de factores de risco cardiovascular tradicionais na avaliação anamnéstica e laboratorial. TC-CE evidenciou hipodensidade cortico-subcortical temporo-parieto-occipital direita sugestiva de lesão vascular isquémica em evolução. Destaca-se estudo serológico de infecção, coagulação e de auto-imunidade negativos, Holter-ECG em ritmo sinusal, triplex carotídeo e ecocardiograma sem alterações. RM-CE às 72h evidenciou imagem compatível com lesão isquémica cortical em localização sobreponível e múltiplas lesões desmielinizantes corticais e subcorticais, sem realce sugestivo desmielinização activa. Pela história familiar e discrepância entre a apresentação clínica e imagiológica, colocou-se a hipótese de doença metabólica, nomeadamente MELAS, Doença de Pompe ou Doença de Fabry, excluídas após testes genéticos. Evolução clínica marcada por alterações visuais recidivantes e da força muscular segmentar com recuperação variável e constatação em avaliação imagiológica seriada de lesões hiperintensas sugestivas de processo desmielinizante activo, permitindo o diagnóstico formal de Esclerose Múltipla (EM) com padrão de surto-remissão. A apresentação de EM é variável e frequentemente os exames de imagem não permitem o diagnóstico numa fase inicial. A presença de inflamação endotelial pode mimetizar o AVCi pelo que o seguimento do doente e a exclusão definitiva de causa não aterosclerótica para eventos assumidos como isquémicos é essencial a uma actuação clínica adequada.

PO-11-24

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Cátia Santos, Lilian Sousa, Rita Faria, João Santos, Maria Jesus Banza
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ - MEDICINA INTERNA II

O Síndrome de Guillain-Barré (SGB), atualmente definido como uma polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda de carácter autoimune, sendo o inicio da doença precedido por infeção viral ou bacteriana 1 a 3 semanas. A sintomatologia mais frequente caracteriza-se por paralisia ascendente e hiporeflexia ou areflexia e o líquido cefalorraquídeo (LCR) apresenta elevação das proteínas com pleocitose mínima ou nula. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 57 anos, autónoma, que recorreu ao SU por dorsolombalgias intensas com 5 dias de evolução, sem irradiação e associadas a parestesias de ambos os pés e extremidades distais de ambas as mãos. Com quadro prévio (2 semanas) de infeção das vias respiratórias superiores associada a tosse e febre. Como antecedentes patológicos apresentava válvula aórtica bicúspide. À observação, apresentava hipoestesia bilateral em meia nos membros inferiores até aos 2/3 da região dorsal dos pés e analgesia até 5cm dos joelhos, associada a hipoestesia álgica do dorso de ambas as mãos. Sem défices motores. Realizou punção lombar (PL) que evidenciou hiperproteinemia sem pleocitose e RMN da coluna cervico-dorso-lombar que excluiu lesão traumática e compressiva. Analiticamente sem alterações de relevo e pesquisa de campylobacter jejuni negativa. Fez estudo electromiográfico que confirmou o diagnóstico de SGB em fase aguda. Iniciou terapêutica com imunoglobulina com melhoria da sintomatologia e foi observada pela fisiatria, tendo iniciado treino de marcha e orientada para sessões de fisioterapia em ambulatório. A doente teve alta clínica com orientação para consulta da dor e consulta de neurologia para posterior seguimento após o internamento. Os autores salientam a importância na abordagem clínica e diagnóstica com posterior orientação terapêutica realizada na enfermaria de medicina interna.

PO-11-25

UM CASO DE DOR RETRO-OCULAR E OFTALMOPARÉSIA – SERÁ TOLOSA-HUNT O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?

Maria Inês Ribeiro, Nelson Cardoso, Joana Santos, Vera Sarmento, João Pais, Dulce Neutel, Tereza Veloso, Conceição Barata
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, ÉVORA

A síndroma de Tolosa-Hunt (STH), entidade rara, é causada pela inflamação granulomatosa do seio cavernoso ou da fenda orbitária superior, sendo a sua etiologia desconhecida. A clínica é a chave do diagnóstico: oftalmoparesia dolorosa com rápida resposta à corticoterapia. No entanto o diagnóstico diferencial pode ser um desafio. Doente do sexo feminino, 23 anos, com dor retro-ocular direita de instalação progressiva ao longo de 3 semanas e incapacidade para abrir o olho direito (OD). No exame neurológico apresentava ptose, assimetria pupilar com ligeira midríase e paresia de todos os movimentos oculares do OD referindo diplopia em todas as posições do olhar e hipostesia álgica do território de V1 direito. Sindromaticamente com polineuropatia dos III, IV, V e VI nervos cranianos direitos, localizando a lesão ao seio cavernoso direito. A tomografia axial computorizada craneoencefálica não mostrou alterações, tendo sido realizada ressonância magnética que revelou lesão expansiva do seio cavernoso direito com extensão à fenda orbitária superior. Da restante investigação etiológica destacava-se no exame citoquímico do líquor pleiocitose com predomínio de polimorfonucleares mas exame cultural negativo e avaliação sérica infeciosa e de auto-imunidade negativas. Iniciou prednisolona 1mg/kg com melhoria clínica às 72 horas. Às 12 semanas, em redução progressiva de corticoides, apresenta resolução completa dos sintomas neurológicos e melhoria imagiológica. Apresentamos um caso de síndroma do seio cavernoso que impõe o diagnóstico diferencial com linfoma, meningioma, sarcoidose, trombose venosa e STH. O quadro clínico e as alterações imagiológicas encontradas não são patognomónicos de STH, pelo que a resposta favorável à terapêutica apenas torna menos provável as hipóteses de trombose venosa e meningioma. O seguimento destes doentes é imperativo, não só pela possibilidade de falência terapêutica ou recorrência, mas sobretudo pelo facto de a STH ser diagnóstico de exclusão.

PO-11-26

FACE MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS

Rodrigo Nazário Leão, Rita Pocinho, Rita Ilhão Moreira, Liliana Dias, Isabel Baptista, José Ribeiro
UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 2, HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL-EPE

Mulher de 79 anos com história de doença bipolar, doença de Parkinson, diabetes tipo 2 e hipotiroidismo. Medicação neuropsiquiátrica: levodopa/carbidopa, lítio, clozapina, escitalopram, zotepina, amantadina, memantina, pregabalina. Internada por quadro com 24h de evolução de mutismo, rigidez e sudorese profusa, identificando-se infecção urinária como eventual factor de descompensação das patologias de base. Apurou-se atividade alucinatória visual nas semanas prévias a motivar vários ajustes na terapêutica dopaminérgica e aumento da clozapina 10 dias antes. Febril, com rigidez marcada e hipertensa, apresentava disfunção renal, rabdomiólise e litémia supraterapêutica. TC CE sem alterações agudas, líquor com exame citoquímico normal e cultural estéril. Transferida para os Cuidados Intermédios pela hipótese de síndrome maligna dos neurolépticos (SMN), manteve febre elevada durante 15 dias sob anti-piréticos e arrefecimento externo. Evolução para coma e necessidade de entubação orotraqueal para protecção da via aérea, mantendo marcada rigidez, sem sinais meníngeos ou défices neurológicos focais. RM CE sem alterações e EEG sem atividade focal/paroxística. Instituiu-se dantroleno e bromocriptina com franca melhoria da rigidez, lenta defervescência e recuperação neurológica. Normalização da função renal e CPK. A SMN é uma condição rara, grave e potencialmente fatal, definida como complicação do

tratamento com antipsicóticos e caracterizada por rigidez, febre, alteração do estado de consciência e disautonomia. O tratamento inclui interrupção do agente implicado, medidas de suporte e farmacológicas, nos casos graves. Apesar de incomum, é crucial incluí-la no diagnóstico diferencial dos doentes com febre e alterações do estado mental, neste caso dificultado pela sobreposição de doença psiquiátrica e neurológica, tornando a avaliação do quadro agudo mais complexa. O tratamento precoce é a estratégia mais importante, com maior impacto na mortalidade e complicações associadas.

PO-11-27

MIASTENIA GRAVIS SECUNDÁRIA A IPILIMUMAB

Patrícia Cipriano, Madalena Sousa Silva, Vera Montes, Sofia Rodrigues, Fernando Pita
HOSPITAL DE CASCAIS, SERVIÇO DE MEDICINA I

O Ipilimumab é um anticorpo monoclonal recombinante que bloqueia o antigénio 4 dos linfócitos T-citotóxicos, inibidor da activação das células T, aprovado para o melanoma maligno metastático ou irressecável. A activação imune pode causar toxicidade gastrointestinal, cutânea e endócrina. O envolvimento neurológico está descrito em 0,1% dos casos. Caso clínico: Homem de 75 anos, melanoma maligno recidivado com adenopatia inguinal e lesão óssea secundária. Iniciou Ipilimumab 3mg/Kg de 3/3 semanas, com reacção urticariforme no 2º ciclo. 24 horas após o terceiro ciclo inicia quadro de cansaço generalizado, dispneia em repouso, ortopneia e diplopia transitória binocular flutuante. Apresentava fatigabilidade nas provas de força muscular, sem sinais neurológicos, sem sobrecarga hídrica. CK 72UI/L, ProBNP 34pg/mL, TSH 0,96mUI/mL, pO2 76mmHg, tomografia computorizada (TC) de tórax sem alterações e ecocardiograma com boa função sistólica global. Punção lombar com líquor incaracterístico, sem células neoplásicas, TC crânio-encefálica sem alterações e electromiografia com estimulação repetitiva com decremento de 10% no nervo espinhal acessório direito em repouso, evidenciando disfunção da placa neuromuscular. Prova terapêutica com Edrofónio (2mg) positiva. Excluído timoma e, apesar de anticorpo anti-receptor de acetilcolina (AChR) negativo, assumido o diagnóstico de miastenia gravis iatrogénica ao Ipilimumab. Fez piridostigmina 60mg de 6/6 horas e prednisolona 40mg por dia com melhoria marcada, tolerando decúbito a zero graus e esforços moderados mantendo discreta diplopia binocular intermitente. Os efeitos neurológicos mais frequentes descritos ao Ipilimumab incluem miopatia inflamatória, meningite asséptica, síndrome Guillan-Barré e miastenia gravis-type like. Estão descritos três casos de miastenia gravis até à data, com AChR positivos, mas sabendo que em 15% dos casos estes poderão ser negativos, o nosso diagnóstico é validado por todos os outros achados inequívocos.

PO-11-28

AVC ISQUÉMICO EM DOENTE COM ANEURISMA CEREBRAL – O DILEMA DA HIPOCOAGULAÇÃO

Filipa Macedo, Katia Ladeira, Filipa Pinho, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A anticoagulação após um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico é controversa. Por um lado, se precoce, permite que a trombólise endógena ocorra sem oposição, evita a propagação do trombo e acelera a reperfusão do tecido ainda viável. Por outro lado, existe o risco de transformação hemorrágica. Os autores apresentam o caso de um homem, 80 anos, autónomo com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e ex-fumador, admitido por instalação súbita de falta de força nos membros direitos. Ao exame físico apresentou disartria, parésia facial central, hemiparésia grau 3, hemipostesia e babinski positivo à direita. Tomografia Computorizada (TC) revelou hipodensidade subcortical frontal esquerda correspondendo a enfarte recente e um aneurisma na bifurcação da artéria cerebral média direita (ACMD), de 6.5 mm confirmado por angio-TC. ECG mostrou fibrilação auricular de novo. Tratava-se portanto, de um AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda de provável etiologia cardioembólica com indicação para hipocoagulação. No entanto teria que ser ponderado risco/benefício desta terapêutica, tendo em conta os achados imagiológicos de aneurisma não roto da ACMD. Neurocirurgia decidiu manter atitude conservadora. Tendo em conta as características do aneurisma (pequeno tamanho e localização anterior) e a inexistência de história prévia de hemorragia sub-aracnoidea, o risco de ruptura do aneurisma foi considerado baixo e o doente iniciou anticoagulação. A evolução clínica foi favorável, com regressão dos défices motores e sensitivos, mantendo contudo disartria. Seguido em consulta com manutenção de tratamento conservador. A hemorragia decorrente de uma rutura aneurismal em doente hipocoagulado pode ser devastadora e a anticoagulação aumenta o risco de desfecho fatal. No caso apresentado, a anticoagulação pode ter sido efetiva na recuperação neurológica do doente, não ocorrendo complicações hemorrágicas.

PO-11-29

AMIGDALITE E SINDROME GUILLAIN-BARRÉ, UMA ASSOCIAÇÃO RARA E PERIGOSA.

Rui Almeida, Miguel Milheiro, Carlos Basílio, Cristina Granja
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Doente 18 anos, sexo masculino, saudável, recorreu ao Centro de saúde com quadro de odinofagia e temperatura de 39ºC com dois dias de evolução. Ao exame físico apresentava-se hipoativo e na laringoscopia a presença de exsudato branco-amarelado em ambas as amígdalas. Foi medicado com penicilina benzatínica. Após 48 horas mantinha febre e disfagia iniciando quadro de fraqueza muscular generalizada e parestesias nos membros inferiores. Apresentava secreções hemoptóicas, claudicação e dispneia progressiva para pequenos esforços.Recorreu ás urgências hospitalar. O quadro evoluío rapidamente para uma tetraparesia e insuficiência respiratória global grave necessitando de entubação orotraqueal e suporte ventilatório mecânico. Ao exame físico de entrada : Glasgow 3T, pupilas midriáticas, hemodinamicamente estável. Na laringoscopia apresentava amígdala direita com pontos de necrose e sangramento, e amígdala esquerda com exsudato purulento sem a presença de abscesso periamigdaleano. Iniciou antibioterapia (Amoxacilina+ Ác Clavulâmico e metronidazol) com melhoria do quadro infeccioso em 48 horas e recuperação da consciência. Entretanto, o paciente mantinha a tetraparesia com hiporeflexia e parésia dos músculos respiratórios. A análise do liquido cefaloraquidiano revelou dissociação Albuminocitológica. Cultura do Liquido negativa. Hemoculturas positivas para Haemophilus influenzae (três de quatro). Electromiografia compatível com Polineuropatria desmielinizante. O doente iniciou Imunoglobulina endovenosa na dose de 400mg/Kg/dia (total de 20 gramas por dia) durante sete dias. Foi possível desmame ventilatório ao 5º dia de internamento e alta dos cuidados intensivos ao 7º dia. No 12º dia o doente deambulava mantendo uma Parésia simétrica com grau de força 4/5 nos membros inferiores. Tem alta no 15 º dia praticamente sem deficits. Mantinha ainda discreta disfonia.

PO-11-30

CRISE HIPERTENSIVA EM DOENTE SOB BORTEZOMIB

Alexandra Coimbra, Joana Rodrigues, Jorge Prazeres, Fernanda Mendes
HOSPITAL DE SANTA MARIA - MEDICINA I-C

Introdução: O bortezomib é um inibidor dos proteosomas utilizado na terapêutica de Mieloma Múltiplo. Como efeito secundário hematológico frequente observa-se trombocitopenia, associando-se também a este fármaco casos de hipotensão ortostática o que implica muitas vezes o ajuste da terapêutica anti-hipertensora. Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 57 anos, admitido no Serviço de Urgência por afasia global e hemiplegia direita de novo. Como antecedentes hipertensão arterial essencial grave de longa data medicado com 1 anti-hipertensor, cardiopatia hipertensiva e diagnóstico recente de Mieloma Múltiplo IgG K sob esquema de quimioterapia com ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona. Salientava-se à admissão hipertensão (207/98mmHg) e trombocitopenia grave, documentando-se em tomografia computorizada crânio-encefálica extenso hematoma intraparenquimatoso agudo tálamo-nucleo-capsular esquerdo, pelo que o doente foi internado no Serviço de Medicina. Necessidade de transfusão de pools de plaquetas para normalização da contagem plaquetária. Durante o internamento com hipertensão arterial de difícil controlo tendo alta medicado com 3 anti-hipertensores e mantendo os défices neurológicos. Conclusão: Este caso vem realçar a importância da avaliação e controlo tensional em grandes hipertensos, pese embora esta terapêutica possa ser responsável por quadros de hipotensão, principalmente até ao 11ºdia após

ciclo (efeito mais trombocitopénico), com o intuito de prevenir a hemorragia intracraniana, uma complicação rara mas muito impacto clínico.

PO-11-31

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL – O RISCO DO SUBDIAGNÓSTICO

Vera Frazão Vieira, Soraia Teixeira, Maria Margarida Dias, Helena Águas, Rui Pedrosa, Maria do Rosário Barroso, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - SERVIÇO DE NEUROLOGIA

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma das principais causas de acidente vascular cerebral em mulheres jovens. Devido, principalmente, ao subdiagnóstico, pode acabar por afetar veias cerebrais superficiais ou profundas, podendo originar hemorragias venosas, edema cerebral e hipertensão intracraniana. O sintoma mais frequente é a cefaleia mas pode acompanhar-se também de défices focais, vómitos, alterações visuais, convulsões e alteração do estado de consciência. Relacionados com a TVC encontram-se a gravidez ou puerpério, a toma de contracetivos orais, trombofilias hereditárias ou adquiridas, neoplasias, infeções e traumatismos ou manipulações. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 25 anos, melanodérmica, natural da Guiné-Bissau, com antecedentes de enxaqueca sem aura desde a adolescência, lombalgia crónica pós-traumática, litíase biliar e trombocitopenia crónica em investigação. Medicada com hidroxicloroquina, carbonato de cálcio, gabapentina, analgésicos em SOS e contracetivo oral. Recorre ao serviço de urgência por cefaleia frontoparietal direita e vómitos com duas semanas de evolução, com foto e fonofobia, havendo já recorrido ao hospital da sua área de residência por diversas vezes onde foi medicada sintomaticamente. Ao exame objetivo, sem edema da papila, sem outras alterações de relevo. Analiticamente: plaquetas 180x109/L, β-HCG negativo. Ressonância magnética crânio-encefálica/venografia a revelar trombo do seio sigmoide direito. Iniciada anticoagulação com enoxaparina e transferida para o hospital da sua área para estudo etiológico. Os autores consideram relevante a descrição deste caso uma vez que dados os antecedentes patológicos da doente e as características da cefaleia, facilmente se poderia confundir a sintomatologia com a de uma enxaqueca (embora a evolução temporal fizesse questionar o diagnóstico), correndo o risco de não atuar do modo mais acertado na abordagem terapêutica desta doente.

PO-11-32

NEUROSARCOIDOSE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Patrícia Pereira, Elisa Campos, Ana Cláudia Ribeiro
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa sistémica idiopática. O envolvimento do sistema nervoso central pode ocorrer em cerca de 5-15% dos casos e mimetiza frequentemente outras patologias. Caso Clínico: Mulher, 44 anos, melanodérmica, com antecedentes de pansinusite. Admitida por quadro progressivo, com três meses de evolução, de diminuição da acuidade visual no olho esquerdo. A TC-CE revelou lesão isodensa no tubérculo selar e analiticamente apresentava hiponatrémia. Perante hipótese diagnóstica de neoplasia iniciou corticoterapia com melhoria sintomática. Posteriormente apurou-se síndrome sicca desde há dois anos, episódios de galactorreia e polidipsia. A RM-Encefálica documentou lesão extra-axial da linha média da base do crânio, com atingimento das estruturas da região etmóido-esfenoidal, com compressão dos nervos óticos, edema hipotalâmico e quiasmático; hipointensa em T2, com reforço de sinal após gadolínio. Analiticamente destacam-se: elevação da velocidade de sedimentação e da atividade da enzima conversora de angiotensina (ECA) e panhipopituitarismo hipofisário. A análise do liquido cefalorraquidiano revelou pleocitose com 6 células, aumento da ECA, sem células neoplásicas ou bandas oligoclonais. Realizou TC-Torácica que revelou pneumonite intersticial e adenopatias peri-hilares e subcarinicas, tendo realizado broncofibroscopia e biópsia ganglionar que confirmaram o diagnóstico de sarcoidose. Incrementou-se corticoterapia para 1mg/Kg/dia. Admite-se diagnóstico final de sarcoidose pulmonar e neurossarcoidose provável. Seis meses volvidos assistiu-se a melhoria clínica e regressão lesional parcial em RM-Encefálica Conclusão: O presente caso clínico, no qual as manifestações neurológicas constituem a apresentação inaugural de sarcoidose e cujos achados imagiológicos são atípicos, mimetizando neoplasia, alerta para a necessidade de um elevado grau de suspeição na avaliação diagnóstica diferencial cuidada destes doentes.

PO-11-33

LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES): RELATO DE UM CASO EM IDADE JOVEM

Inês Costa, Ana Vaz, André Gomes, Elika Pinho, Paulo Mergulhão, Paulo Ramalho, Luís Lopes
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - PORTO

A leucoencefalopatia posterior reversível (PRES, do inglês “posterior reversible encephalopathy syndrome”) é uma entidade clínico-radiológica com várias etiologias possíveis, que foram agrupadas pelas semelhanças dos achados na neuro-imagem. A sua incidência não é conhecida. Apresenta-se o caso de uma mulher de 32 anos de idade, asmática mas sem medicação diária. Diagnóstico de leucemia mielomonocítica aguda (FAB M4) com suspeita de infiltração do sistema nervoso central, pelo que iniciou quimioterapia de indução com alta dose de citarabina. Quatro dias após o término da quimioterapia foi objectivada alteração do comportamento, hemiparésia esquerda, ataxia e actividade epileptiforme. Realizou angioTC cerebral, cujos achados – extensas áreas hipodensas de localização predominantemente subcortical, nas regiões occipito-parietais e frontais paramedianas bilateralmente – eram sugestivos de PRES. Fez RMN cerebral, que confirmou o diagnóstico. A doente foi internada inicialmente em Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente em Unidade de Cuidados Intermédios, onde foi submetida a controlo agressivo da tensão arterial e do vasospasmo cerebral entretanto instalado, e iniciado anti-epiléptico. Evolução clínica muito favorável, com reversão quase total do quadro: à data da transferência para a enfermaria apenas marcha com apoio e sem novas crises convulsivas. Repetiu RMN cerebral, que mostrou resolução total das alterações. O PRES é um diagnóstico a ser considerado perante o contexto apropriado [(pré-)eclâmpsia, exposição a fármacos citotóxicos, insuficientes renais crónicos, hipertensão arterial mal controlada] e sintomatologia predominantemente neurológica de instalação súbita. O diagnóstico definitivo exige a realização de exames de imagem, sendo a RMN cerebral o gold standard. O seu tratamento passa pelo controlo agressivo dos factores etiológicos identificados em cada caso; se bem sucedida, essa abordagem associa-se frequentemente à reversibilidade total da clínica.

PO-11-34

GLIOBLASTOMA MULTIFORME: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Araújo, Julia Manuel, Catarina Neto, José Pedro Andrade, Margarida Cabrita
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - MEDICINA INTERNA III B

Meningite, bacteriana ou asséptica, é uma complicação rara mas grave da anestesia regional, procedimento cada vez mais frequente. Bupivacaína é um anestésico local muito utilizado, sendo a meningite provocada por este fármaco raramente reportada. Apresenta-se o caso de uma mulher, 44 anos, sem antecedentes médicos de relevo, submetida a um bloqueio subaracnoideu com Bupivacaína 5% e Sufentanilo aquando de uma artroplastia do tornozelo electiva. Não houve complicações peri-procedimento nem compromisso da assépsia. Um dia depois, inicia cefaleia fronto-occipital, sem alívio com o decúbito e associadas a sono e fotofobia, vómitos e temperatura axilar de 37.8ºC. À observação, com rigidez da nuca, sem outros sinais neurológicos focais e fundoscopia ocular normal. Analiticamente com leucocitose (17.900 celulas/mm3) e proteína C-reactiva elevada (9.9mg/dL). A Tomografia computorizada cranio-encefálica era normal. Foi feita punção lombar, com pressão de abertura de 24.5 cmH2O, líquido cefalo-raquidiano (LCR) turvo, aumento celular (1116/mm3), com predomínio de polimorfonucleares, proteinorraquia de 236 mg/dL e glicose de 32 mg/dL. Admitiu-se meningite bacteriana e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina. As culturas de LCR e sangue foram negativas.

Verificou-se resolução da febre e cefaleia ao fim de 48 horas. Pelo facto de ter havido uma recuperação tão rápida, com estas características do LCR sem achados microbiológicos, suspendeu-se a antibioterapia ao fim de 72 horas e foi admitido o diagnóstico de Meningite Asséptica à Bupivacaína. Teve alta ao 7º dia de pós-operatório sem qualquer sequela neurológica. A meningite asséptica provocada por este anestésico é facilmente confundida com meningite bacteriana, principalmente pelas características citoquímicas do LCR, mas que difere por apresentar culturas negativas, rápida resolução clínica e tratamento e prognóstico distintos, sendo um efeito adverso a ter em conta.

PO-11-35

MENINGITE ASSÉPTICA A BUPIVACAÍNA

Ricardo Paquete Oliveira, Sofia Cochito, Ana Furtado, Isabel Amorim Ferreira, Bruno Grima, José Delgado Alves
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

Meningite, bacteriana ou asséptica, é uma complicação rara mas grave da anestesia regional, procedimento cada vez mais frequente. Bupivacaína é um anestésico local muito utilizado, sendo a meningite provocada por este fármaco raramente reportada. Apresenta-se o caso de uma mulher, 44 anos, sem antecedentes médicos de relevo, submetida a um bloqueio subaracnoideu com Bupivacaína 5% e Sufentanilo aquando de uma artroplastia do tornozelo electiva. Não houve complicações peri-procedimento nem compromisso da assépsia. Um dia depois, inicia cefaleia fronto-occipital, sem alívio com o decúbito e associadas a sono e fotofobia, vómitos e temperatura axilar de 37.8ºC. À observação, com rigidez da nuca, sem outros sinais neurológicos focais e fundoscopia ocular normal. Analiticamente com leucocitose (17.900 celulas/mm3) e proteína C-reactiva elevada (9.9mg/dL). A Tomografia computorizada cranio-encefálica era normal. Foi feita punção lombar, com pressão de abertura de 24.5 cmH2O, líquido cefalo-raquidiano (LCR) turvo, aumento celular (1116/mm3), com predomínio de polimorfonucleares, proteinorraquia de 236 mg/dL e glicose de 32 mg/dL. Admitiu-se meningite bacteriana e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina. As culturas de LCR e sangue foram negativas. Verificou-se resolução da febre e cefaleia ao fim de 48 horas. Pelo facto de ter havido uma recuperação tão rápida, com estas características do LCR sem achados microbiológicos, suspendeu-se a antibioterapia ao fim de 72 horas e foi admitido o diagnóstico de Meningite Asséptica à Bupivacaína. Teve alta ao 7º dia de pós-operatório sem qualquer sequela neurológica. A meningite asséptica provocada por este anestésico é facilmente confundida com meningite bacteriana, principalmente pelas características citoquímicas do LCR, mas que difere por apresentar culturas negativas, rápida resolução clínica e tratamento e prognóstico distintos, sendo um efeito adverso a ter em conta

PO-11-36

NEUROBORRELIOSE: UM CASO DE ATAXIA SENSITIVA

João Rosinhas, Tiago Fernandes, Carlota Vicente Cunha, Sara Castelo Branco, Cristina Rosário, Filipe Correia, Fernando Rosa, António Furtado
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO - UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS

A neuroborreliose é uma infecção do sistema nervoso central (SNC), provocado por espiroquetas do género Borrelia. O envolvimento pode ser tanto periférico como central, conseguindo mimetizar várias síndromes neurológicas. Por este motivo o diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos sinais, sintomas e história de contacto com o vector, sendo complementado por confirmação laboratorial. Descrevemos o caso de uma mulher de 54 anos, com antecedentes de síndrome depressiva e hipertensão arterial, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de alterações da marcha com um mês de duração. Ao exame neurológico: acroparestesias, abolição das sensibilidades profundas nos membros superiores e inferiores; marcha atáxica com necessidade de apoio bilateral; dismetria na prova dedo-nariz; prova de Romberg positiva. A ressonância magnética (RM) do neuroeixo mostrou hipersinal em T2 e STIR intramedular difuso em todos os segmentos medulares, de predomínio cordonal posterior. Do estudo etiológico realça-se défice de folato (1,1 ng/mL) e a presença de anticorpos IgG para Borrelia burgdoferi , sérica e no líquido cefalorraquidiano (LCR), por método de Western Blotting. Não foram detectadas bandas oligoclonais no LCR. Assim, o quadro foi interpretado como mielite secundária ao processo inflamatório pela neuroborreliose e com contribuição metabólica de défice de ácido fólico. Fez tratamento com ceftriaxone, suplementação de ácido fólico e reabilitação física. Ocorreu melhoria clínica, sendo a doente capaz de deambular com apoio unilateral. A actual RM mostra franca diminuição do hipersinal e há registo de negativação de anticorpos IgG no LCR e séricos. O caso clínico apresentado tornou-se um desafio diagnóstico e demonstrou uma etiologia menos comum de ataxia sensitiva. Os autores pretendem assim alertar para esta forma de apresentação rara, e cujo tratamento dirigido e precoce pode alterar tremendamente a qualidade de vida do doente.

PO-11-37

ACIDENTE VASCULAR SURPRESA

Nicole Pestana, Alexandra Malheiro, Andreia Pestana, Carolina Aguiar, Catarina Nóbrega, Joana Carvão, João Adriano Sousa, Rita Rodrigues, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS-SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) criptogénico corresponde a cerca de 25% de todos os AVCs isquémicos. ESUS (Embolic Stroke of Undetermined Source), é uma entidade recentemente definida por enfarte cerebral não lacunar sem evidência de estenose proximal arterial ou fonte cardioembólica. Descrição do caso: Homem de 52 anos de idade, caucasiano, fumador, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação, recorre ao serviço de urgência por dificuldade na emissão de algumas palavras. Ao exame objectivo confirmou-se a afasia de expressão e observou-se um apagamento do sulco nasogeniano á direita. A força e a sensibilidade apresentavam-se mantidas. Realizou uma tomografia computorizada crânio-encefálica que revelou uma hipodensidade heterógena na região temporal posterior esquerda, cortico-subcortical com discreto efeito de massa. Neste contexto, procedeu-se á investigação etiológica da lesão cerebral. Os exames analíticos não revelaram alterações. As serologias virais e rastreio de trombofilias e doenças autoimunes revelaram-se negativas. O holter de 72 horas mostrou ritmo sinusal, sem registo de arritmias ou anormalidades da condução aurículo-ventricular. O eco-doppler carotídeo era normal e o ecocardiograma transtorácico revelou hipertrofia concêntrica ligeira do ventrículo esquerdo. A angiografia por ressonância magnética demonstrou lesões cortico-subcorticais temporo-parietais insulares e no giro pré-central á esquerda, traduzindo enfartes recentes em território da artéria cerebral média esquerda, com transformação microhemorrágica. Apresentava ainda lesões semelhantes na cabeça do núcleo caudado á esquerda. O doente apresentou uma evolução favorável tendo alta medicado com varfarina e sinvastatina. Discussão/Conclusão: Este caso enfatiza a importância da abordagem diagnóstica célere e investigação etiológica cuidada nos AVCs. A prevenção secundária do embolismo através da anticoagulação torna-se crucial a partir do momento que identificamos um ESUS.

PO-11-38

DEMÊNCIA RÁPIDA E PROGRESSIVA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Francisco Rebocho, Rita Bento, Ana Laranjo, Joana Sant´Anna, Dulce Neutel, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA

Existem quadros neurológicos onde predomina uma deterioração rápida e progressiva das faculdades mentais. O diagnóstico precoce das etiologias reversíveis é fundamental para evitar complicações futuras. Contudo há um grande grupo de etiologias irreversíveis, não existindo terapêutica curativa. Caso clínico: Mulher de 70 anos, autónoma, casada, inicia um quadro de tonturas e desequilíbrio da marcha, sendo-lhe diagnosticado Síndroma Vertiginoso Periférico. Um mês depois o quadro sintomatológico mantinha-se e era agora acompanhado de desorientação temporo-espacial com alterações do comportamento e fotofobia. Por manutenção, é enviada pelo médico de família a uma consulta de Neurologia. A doente tinha um compromisso cognitivo tipo demencial, agnosia visual e marcha atáxica. É realizada RMN que identifica "hipersinal nos núcleos estriados, bilateral e simétrico", Punção Lombar com serologias negativas para vírus neurotrópicos e é pedida análise laboratorial de

Proteína 14.3.3. Foi excluída etiologia auto-imune ou associada a neoplasia oculta. Função tiroideia normal, vitamina B12 normal, VDRL e HIV negativos. EEG revelava ondas sugestivas de actividade epileptiforme de predomínio temporoparietal. Progressivamente verifica-se um agravamento do quadro clínico com mutismo, mioclonias cefálicas e das extremidades, e necessidade de colocação de SNG para alimentação entérica. As mioclonias foram controladas com Levetiracetam. Diagnóstico provável de Doença de Creutzfeldt-Jakob (variante esporádica). É transferida para Serviço de Medicina Interna do hospital de área de residência. Posteriormente há positividade da presença da Proteína 14.3.3 no LCR confirmando o diagnóstico. A família é informada do mau prognóstico e da irreversibilidade do quadro. Conclusão: Trata-se de Doença Creutzfeldt-Jakob variante esporádica (85% dos casos). A doente tem critérios clínicos, imagiológicos e positividade da proteína 14.3.3. A família recusou a realização de biopsia cerebral.

PO-11-39

DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB VARIANTE DE HEIDENHAIN: QUANDO O RARO SE TORNA AINDA MAIS RARO

João Gamito Lopes, Carlos Capela, Rita Almeida, Rui Pedrosa
SERVIÇO DE NEUROLOGIA 2, HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) como patologia neurodegenerativa rara, pauta-se por uma apresentação clínica variável e de rápida progressão, sendo a histopatologia responsável pelo diagnóstico definitivo. Uma apresentação com sintomas visuais define a variante de Heidenhain (VH) da DCJ. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 70 anos e com os diagnósticos prévios de hipertensão essencial, hiperlipidemia e asma brônquica. Admitida por quadro clínico com cerca de 3 semanas de evolução caracterizado por tonturas e vertigem, progredindo para fotofobia e desorientação temporo-espacial com perturbação do comportamento. Durante este período a doente foi observada em urgência com estudo analítico e tomo-densitométrico (TDM) crâneo-encefálico (CE) sem alterações, tendo alta clínica com a hipótese diagnóstica de síndrome vertiginoso periférico. Por agravamento clínico, já com afasia de expressão, agnosia visual, desvio do olhar conjugado para a direita, parésia facial central à direita, mantendo marcha possível apenas com apoio unilateral e necessidade de algaliação por incontinência de esfíncter, decidiu-se pelo internamento, não apresentando à admissão febre ou outra sintomatologia. Analiticamente (auto-imunidade, infeção ou marcadores tumorais), estudo TDM CE e restante corpo e ecografia mamária, sem alterações. A ressonância magnética (RMN) mostrou lesões temporo-occipitais compatíveis com encefalite e o eletroencefalograma (EEG) atividade paroxística com predomínio ao mesmo nível. A punção lombar mostrou uma hiper-proteinorráquia, sem alterações da celularidade e por suspeita de doença priónica foi pedido o doseamento da proteína 14-3-3 que se revelou positiva. Pela clínica característica, com alterações na RMN, EEG e com doseamento da proteína 14-3-3 positivo, assumiu-se o diagnóstico de DCJ-VH, mantendo a doente até à data uma degradação do estado neurológico, apresentando já uma dependência total e mioclonias refractárias à terapêutica instituída.

PO-11-40

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO JOVEM: PARA ALÉM DO ÓBVIO

Mário Ferraz, Marta Ruivo, Raquel Garrote, Filipa Cardoso, Madalena Vicente, Anna Taulaigo, Claudia Mihon, Ana Lladó, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: 5 a 10% de todos os acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos ocorrem no doente jovem (45-55 anos, consoante os estudos). O estudo etiológico nestes doentes deverá incluir causas cardioembólicas, vasculares, trombofilicas, auto-imunes e genéticas. A prevalência crescente de factores de risco cardiovasculares não deverá, no entanto, ser esquecida, com particular ênfase no tabagismo, na dislipidémia e hipertensão. Caso clínico: Homem, 44 anos, natural de Cabo Verde, com história prévia de hipertensão arterial e litíase renal, apresenta 2 episódios de lipotímia com perda de conhecimento que motivaram ida ao Serviço de Urgência. Ao exame objectivo encontrava-se desorientado e com afasia de expressão. Realizou tomografia computorizada cranioencefálica que revelou hipodensidade cortico-subcortical parietal esquerda, sendo internado para estudo etiológico. Perfil lipídico, função tiroideia, estudo imunológico e trombofílico, sem alterações. EcoDoppler carótideo sem alterações. Realizou Doppler transcraneano que confirmou lesão do ramo distal das artérias cerebrais anterior e média esquerdas e Angio-ressonância magnética a caracterizar lesão temporo-parietal esquerda com extensão cortical. Apesar do Ecocardiograma transtorácico não ter apresentado alterações de relevo, realizou Ecocardiograma transesofágico que demonstrou foramen ovale patente (FOP). Encaminhado a Consulta de Cardiologia, o doente teve indicação para encerramento mecânico do mesmo. Conclusão: Decorrente da sua elevada morbi-mortalidade, os autores consideram o AVC no jovem uma patologia de particular interesse médico, cuja etiologia variada implica uma investigação complementar dirigida. O FOP apresenta-se em até 25% de adultos jovens saudáveis, sendo a causa cardioembólica mais comum de AVC no jovem, por mecanismo de embolia paradoxal. A evidência científica quanto ao seu tratamento cirurgico é inconclusiva, devendo ser apenas aplicado em casos seleccionados.

PO-11-41

QUANDO ELE ERA ELA…

Inês Goulart, Manuel Ferreira Gomes, Elisabete Bento Guerreiro, Tiago Guerreiro, José Guerra, José Luís Ducla Soares
SERVIÇO DE MEDICINA I, SERVIÇO DE NEFROLOGIA, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE, LISBOA, PORTUGAL

A nefropatia IgA (ou doença de Berger) é a causa mais comum de glomerulonefrite nos países desenvolvidos, causando doença renal crónica de agravamento progressivo e a eventual necessidade de transplante renal com início de terapêutica imunossupressora, crucial na prevenção da rejeição do enxerto, redução da mortalidade e prevenção de complicações. Deste grupo, destaca-se o tacrolimus (inibidor da calcineurina) cujos efeitos adversos mais conhecidos são a hipertensão, náuseas, nefrotoxicidade e a neurotoxicidade, da qual se destacam cefaleia, convulsões e tremores. Os autores apresentam um caso de um homem de 61 anos, com antecedentes de doença renal crónica por nefropatia IgA, submetido a transplante de dador cadáver cerca de um ano antes, hiperparatiroidismo secundário e infecção a CMV prévia, encontrando-se sob terapêutica imunossupressora com tacrolimus, micofenolato mofetil e prednisolona. O doente foi admitido por um quadro com 4 dias de evolução de alterações comportamentais com desinibição e frontalização. O estudo laboratorial, incluindo níveis terapêuticos de tacrolimus no início do internamento, a RM-CE e o EEG não apresentaram alterações relevantes. Durante o internamento, as alterações comportamentais mantiveram-se com períodos de alteração da identidade de género, desinibição e alucinações compostas predominantemente por delírio niilista. Foi observado pela Neurologia e Psiquiatria, tendo-se optado em conjunto com a Nefrologia pela suspensão do tacrolimus por suspeita de encefalopatia com disfunção executiva secundária a toxicidade por tacrolimus. Switch para ciclosporina, com posterior melhoria gradual do quadro. O caso retrata um efeito adverso neuropsiquiátrico pouco comum dos inibidores da calcineurina, causando alterações compatíveis com quadro de encefalopatia, apesar de estar em níveis terapêuticos, apresentando recuperação progressiva do estado neurológico prévio após a suspensão do fármaco.

PO-11-42

LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ernestina Mota, Renato Costa Reis, Patrícia Howell Monteiro, Rui M. M. Victorino
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, SERVIÇO DE MEDICINA 2C

Introdução: A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é um distúrbio neuroimagiologico agudo e raro. Afecta qualquer idade e a sua incidência não é conhecida. Está associada a eclampsia, hipertensão arterial (HTA), lesão renal, doenças auto-imunes, imunossupressores, entre outros. É clinicamente caracterizada por cefaleia, alterações visuais, convulsões e imagiologicamente pela presença de edema vasogénico, localizado preferencialmente nas regiões parieto-occipitais. Caso clínico: Homem de 20 anos com seminoma testicular estádio IV, sob quimioterapia paliativa com paclitaxel, ifosfamida e cisplatina, internado por episódio inaugural de convulsões tónico clónicas generalizadas. No exame objectivo a destacar HTA (PA 198/98 mmHg). Analiticamente sem alterações relevantes. Ressonância magnética crânio-encefálica (RM CE) com múltiplas áreas de hipersinal em T2/FLAIR nos hemisférios cerebelosos, lesões corticais na região occipito-parietal direita, no pólo frontal bilateralmente e na alta convexidade dos hemisférios cerebrais; lesões com as mesmas características de sinal na região núcleo-capsular bilateralmente e na coroa radiada esquerda. As referidas lesões não têm restrição à difusão, sendo os aspectos imagiológicos sugestivos de PRES. Assumido PRES em contexto de HTA e ou contributo dos citostaticos, foi iniciada terapêutica antihipertensora com remissão total do quadro clinico. RM-CE de controlo com regressão subtotal das alterações de sinal parenquimatosas, corroborando a hipótese de PRES. Conclusão: A PRES é uma síndrome rara, multifactorial e habitualmente reversível. A sua fisiopatologia não está claramente esclarecida, admitindo-se disfunção da autorregulação da barreira hematoencefálica por hiperperfusão aguda com vasoespasmo e disfunção endothelial. O diagnóstico precoce é fundamental, permitindo ao controlar os factores precipitantes, que neste caso poderá ter sido a HTA e ou citostáticos, evitar lesão permanente das áreas cerebrais afectadas.

PO-11-43

EFEITO DESMIELINIZANTE IATROGÉNICO DOS ANTIDEPRESSIVOS

Sara Viana, Tamar Nunez Garcia, Nídia Calado, Maria Francisca Magalhães, Isabel Soles, Vera Escoto
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, ULSNA – HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE, PORTALEGRE

Apresentação do caso clínico: Doente do sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e síndrome depressivo de diagnóstico recente, em tratamento com sertralina. Recorreu ao serviço de urgência por desorientação, desequilíbrio postural, náuseas, vómitos, com 1 semana de evolução, quadro sem melhoria após toma de metoclopramida e betahistina. À admissão apresentava-se desorientada no tempo e espaço, com discurso lentificado, sem outras alterações ao exame físico. A análise bioquímica revelou hiponatremia grave euvolémica 100mmol/L, pelo que iniciou terapêutica de correção e estudo etiológico, a destacar osmolalidade urinária de 174mOsm/kg e sérica de 272mOsm/kg, excreção urinária 24horas de sódio(Na)255mmol e potássio(K)53mmol, hormona antidiurética (ADH) de 32,3pg/mL(normal até 6,7pg/mL). Realizou tomografias computorizadas crânio-encefálica, tórax, abdómen e pelve, que não detetaram alterações. O Na foi lentamente corrigido em 5 dias para 131mmol/L, mas pela persistência de alterações neurológicas foi realizada ressonância magnética cerebral, que evidenciava hipersinal em T2 e Flair a nível da região da protuberância e gânglios basais, compatível com síndrome de desmielinização osmótica(SDO). Discussão: No diagnóstico diferencial consideraram-se os distúrbios do sistema nervoso central, infeções, traumatismos, cirurgia hipofisária, patologia auto-imune e produção ectópica de ADH por tumor sólido, dos quais não havia evidência nesta doente. Valores normais de Na prévios, excluíam SIADH de componente hereditário. Devido à relação temporal de instalação dos sintomas e remissão após suspensão da terapêutica, enquadra-se o quadro clínico com o efeito iatrogénico da sertralina. O SIADH deve ser suspeitado em qualquer paciente com hiponatremia, interpretando a sua evolução. O conjunto de fatores, incluindo desutrição com sensibilidade à correção de Na, potenciaram o desenlace clínico neste caso.

PO-11-44

UM ESTRANHO CASO DE UM TUMOR RARO

Joana Póvoa, Joaquim Peixoto, Etel Florova, Rosário Ginga, Sílvia Rodrigues, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO-SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: Os Schwannomas são tumores das bainhas nervosas, normalmente benignos e os seus sintomas proveem da compressão nervosa e das estruturas adjacentes. Caso Clínico:Doente de 55 anos do sexo masculino com antecedentes de doença arterial periférica, DPOC, artrite psoriática sob terapêutica imunossupressora, hábitos tabágicos de 80 UMA e antecedentes familiares de neurofibromatose é internado no serviço de medicina por urosepsis. Durante o internamento constatou-se impotência funcional do membro inferior direito com parestesias e dor intensa necessitando de analgesia com opioides. Realizou uma TC á coluna lombar sem alterações e um ecodoppler dos membros inferiores onde se observou uma oclusão das artérias femoral e popliteia direitas. Foi encaminhado para a cirurgia vascular onde realizou uma angiografia terapêutica com colocação de stent. Teve alta clinicamente melhorado com indicação para realização de fisioterapia Posteriormente ocorreu um agravamento do quadro clinico com evolução para paraparesia o que motivou novo internamento. Objetivamente apresentava ausência de lesões cutâneas, paraparesia assimétrica (força grau III á direita e grau IV á esquerda), hiperreflexia osteotendinosa generalizada, reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente e nível de sensibilidade em D5. Foi pedido uma RMN cervical e dorsal que evidenciou: volumosa massa intradural extramedular anterior traduzindo tumor da bainha do nervo mais concretamente schwannoma intradural C4 esquerdo, condicionando desvio posterior direito e edema vasogenico de C2 a C5. Foi encaminhado para neurocirurgia eletiva que já realizou. Conclusão: Os Schwannomas são tumores raros, localizam-se preferencialmente no nervo vestibular. Podem ocorrer de forma esporádica mas são mais frequentes associados a doenças genéticas como a neurofibromatose. Aqui discute-se um doente que tendo antecedentes familiares nunca apresentou sintomas desta patologia.

PO-11-45

COMA FLUTUANTE

Hugo Viegas, Gonçalo Mendes, Marisa Brum, Ana Margarida Romeiro, Anabela Valadas, Vítor Augusto, Rui Matos
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO - CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA E SERVIÇO DE NEUROLOGIA

O estudo do coma representa um desafio clinico de relevante importância na busca da etiologia e mecanismo fisiopatológico: impossibilidade de interpretação dos estímulos externos por defeitos na transmissão dos impulsos nervosos (disrupção do sistema ativador reticular ascendente) ou por incapacidade de os processar por lesão do diencéfalo. Os autores apresentam um caso de uma mulher, 83 anos, diabética e hipertensa, com fibrilação auricular sob varfarina, admitida por ulcera gástrica sangrante (Hb 4,9). Durante o internamento iniciou quadro comatoso, em descerebração, cutâneo plantares extensores e hiperventilação de rápida evolução com TC CE normal admitindo-se acidente vascular vertebro-basilar de regressão rápida (AIT) a que se seguiram episódios recorrentes de flutuação do nível de consciência, lentificação e asterixis braquiais associadas a obstipação. RMN sem lesões focais EEG com pontas temporais anteriores e períodos de depressão de consciência. Analiticamente salientam-se GGT elevada, inversão da formula leucocitária, eletroforese das proteínas com padrão em “dorso de camelo”, hiperamoniemia e ferritina e TSH normais, ANA>640 e Ac. Antimitocondriais (AMA)s positivos. AngioTC abdominal com shunt milimétrico do III segmento hepático e aspeto de doença hepática crónica. Instituiu-se dieta e terapêutica anti-obstipante com lactulose oral e após alta não se registaram eventos vindo a falecer 6 meses depois por pneumonia. Apesar de a doente não apresentar estigmas clínicos de DHC e a idade ser superior à media (30 a 65 anos) a melhoria diagnostica sugere cirrose biliar primaria no contexto de coma flutuante com hiperamoniémia. Este quadro é descrito também no coma mixedematoso e encefalopatia portosistémica.

PO-11-46

DOENÇA NEURODEGENERATIVA E NÃO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIO-EMBÓLICO

Catarina Antunes, Eva Brysch, Sara Freire, João Seabra Barreira, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
SERVIÇO DE MEDICINA III-B - CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo do neurónio motor, que se manifesta por fraqueza muscular e espasticidade crescente, evoluindo até à morte por falência respiratória. Apesar do prognóstico reservado, a investigação clínica continua a ter um importante papel no diagnóstico e tratamento sintomático desta doença. Apresentamos um caso clinico de um homem de 76 anos, previamente independente para as atividades da vida diária e com os diagnósticos prévios conhecidos de fibrilhação auricular (FA), insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença renal crónica, hiperuricemia e osteoartropatia degenerativa. Foi internado por insuficiência cardíaca congestiva devido a FA com resposta ventricular rápida. Durante o internamento o doente apresentava queixas de cãibras e diminuição de força na região gemelar do membro inferior esquerdo, pelo que realizou tomografia computorizada (TC) cranio-encefálica que excluiu lesões de isquémia aguda. Por manutenção do quadro, realizou TC da coluna lombar que evidenciou acentuadas alterações degenerativas espondilodiscartrósicas em L3/L4, com marcada procidência discal difusa e volume extrusão herniária póstero lateral esquerda com migração no sentido ascendente e conflito de espaço radicular foraminal L3 bilateralmente e provavelmente também com emergência dural das raízes L4 bilateralmente. Fez eletromiografia dos membros superiores e inferiores que revelou aspectos compatíveis com Doença neuromuscular/ELA. Do estudo analítico destacou-se uma PTH de 141, 7 pg/mL com cálcio sérico de 9,1 mg/dL. O doente iniciou tratamento pela Medicina Física e Reabilitação, tendo sido encaminhado para a Consulta de Doenças Neuromusculares. O doente encontra-se atualmente com limitação motora e dependência para as atividades da vida diária, salientando-se a rapidez de progressão da patologia. Este caso clínico é mais um exemplo da necessidade do diagnóstico célere da ELA e no seu diagnóstico diferencial.

PO-11-47

AVC ISQUÉMICO COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA EM DOENTE JOVEM

Filipa Aguiar, Vânia Gomes, Rosa carvalho, Céu Rodrigues, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

O AVC isquémico é uma patologia frequente mas o diagnóstico etiológico de AVC em adultos jovens pode ser um desafio. Os autores apresentam o caso de uma doente de 41 anos, do sexo feminino, a realizar ACO, que se apresentou com um AVC isquémico frontal multi-focal não sequelar. No estudo etiológico , durante o internamento, foi diagnosticado foramen ovale patente e um aneurisma do septo interauricular. Teve alta com hipocoagulação oral. Três meses após a alta no estudo de dor abdominal, surge o diagnóstico de metástases hepáticas de adenocarcinoma primário oculto, tendo vindo a falecer 6 meses após o AVC. O diagnóstico atempado de neoplasias pode modificar o prognóstico da doença. A apresentação inicial de neoplasias sob a forma de processos trombo-embólicos embora rara é possível. Neste caso a doente apresentava ad inicium várias condições minor de predisposição a eventos trombóticos, mas consideramos que terá sido a neoplasia o fator derradeiro para o evento isquémico. Apesar de estarem disponíveis guidelines como as da European Stroke Organization ou da American Heart Association/American Stroke Association, nenhuma delas refere em especial à orientação de AVC em adultos jovens. Não existem dados sobre quão extenso o estudo etiológico desta patologia deve ser. Este caso clinico com desfecho fatal pretende ser uma reflexão sobre a limitação dos dados atualmente disponíveis.

PO-11-48

NEUROSSARCOIDOSE E COMPLICAÇÕES DO SEU TRATAMENTO: RELATO DE UM CAS

Edite Marques Mendes, Lucia Meireles Brandão, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Introdução: A Sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa, de etiologia desconhecida, que pode afectar vários órgãos. O atingimento do sistema nervoso é raro, podendo atingir 5 a 15% dos doentes com sarcoidose. Caso clínico: Mulher, 71 anos, antecedentes de HTA e dislipidemia. Internada por astenia, anorexia e perda ponderal (não quantificada); Ao exame objectivo, desidratada e emagrecida. Sem défices neurológicos. Durante o internamento objectivado pé pendente esquerdo. Electromiografia compatível com mononeuropatia peroneal. No dia 19 de internamento, crise convulsiva. Da investigação etiologica destaca-se anemia microcítica, hipocrómica; Elevação da velocidade de sedimentação (132) e elevação da enzima de conversão de angiotensiva (95); Exames de imagem cerebral (TAC-CE e RM-CE) e punção lombar sem alterações de relevo. Avaliada por Oftalmologia que identifica papilite olho esquerdo e vasculite bilateral, isquemia periférica complicada com edema macular olho direito, sugestivo de neurossaroidose. Biópsia muscular deltóide compatível com miopatia sarcoidótica. Excluídas outras patologias infecciosas, autoimunes e neoplásicas. Iniciada corticoterapia (1mg/kg/dia), com melhoria clínica evidente e progressiva. Cerca de 5 meses depois, recorre novamente ao serviço de urgência por dispneia e tosse não produtiva. Objectivado insuficiência respiratória grave com necessidade de ventilação invasiva e internamento em cuidados intensivos. Diagnóstico de tuberculose pulmonar por Micobacterium tuberculosis complex. Iniciou antituberculosos,com boa resposta. Por síndrome de imobilização prolongada orientada para unidade de convalescença para reabilitação motora. Actualmente sem défices e assintomática. Conclusão: os autores descrevem um caso de atingimento neurológico de sarcoidose,tanto pela sua raridade,como pela dificuldade diagnóstica. Salientam ainda as complicações potencialmente fatais de uma imunossupressão induzida pela terapêutica da neurossarcoidose.

PO-11-49

HIPERTENSÃO ARTERIAL E AVC ISQUÉMICO – MAIS DO QUE UM ELO DE LIGAÇÃO

Margarida Oliveira, Ana Branco, Ana Lisa Lima, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A hipertensão arterial (HTA) é um dos principais factores de risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico. Os autores apresentam o caso de uma mulher, 42 anos, com HTA, excesso de peso, fumadora, doença renal crónica (DRC) e antecedente de um abortamento espontâneo do 1º trimestre. Admitida em Abril e Maio de 2015 por AVC isquémico, verificou-se durante o internamento HTA de difícil controlo, limitada a introdução de IECA e ARA por agravamento da função renal e de beta-bloqueador por bradicardia sinusal. Ecodoppler das artérias renais identificou variação de fluxo sugestiva de estenose das artérias renais. AngioRMN confirmou a suspeita de displasia fibromuscular das artérias renais, com estenose de 100% da artéria renal esquerda e 50% da artéria renal direita. Excluído envolvimento cerebrovascular intra e extracraniano por angioRMN. Verificada ainda hiperhomocisteinemia, com níveis de vitamina B12 e folatos normais e estudo de mutação de MTHF negativo, assumida como secundária a DRC. VS normal e anticorpos antifosfolipídeos negativos. Dada a dificuldade de controlo tensional com atingimento de órgãos-alvo, proposta para angioplastia transluminal percutânea que confirmou o diagnóstico e permitiu a colocação de stent na artéria renal direita, com bom resultado angiográfico final. Posterior melhoria do perfil tensional. Admitido que AVC isquémico teve causa multifactorial, nomeadamente factores de risco vasculares, HTA de difícil controlo e DRC com hiperhomocisteinemia. Sabe-se que, ainda que não visíveis em exames de imagem podem existir alterações da parede arterial da circulação cerebrovascular, nomeadamente extracraniana, que podem levar a eventos trombóticos. A doente mantém-se sob antiagregação plaquetária dupla, sem novos eventos. Os autores apresentam este caso para relembrar que a HTA deve ser encarada não só como factor de risco vascular, mas também como

possível consequência de outra condição facilitadora de AVC isquémico, a displasia fibromuscular.

PO-11-50

MENINGITE SECUNDÁRIA À AMOXICILINA

Débora Sousa, João Tavares, Pedro Raimundo, Bebiana Gonçalves, Alexandra Horta, João Sá
HOSPITAL DA LUZ, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A amoxicilina é um antibiótico beta-lactâmico semi-sintético que pertence ao grupo das penicilinas e é o sexto antibiótico mais prescrito em Portugal. Tal como as restantes penicilinas, a amoxicilina é um antibiótico bem tolerado e com uma baixa taxa de efeitos adversos, embora as reações de hipersensibilidade sejam potencialmente graves. A meningite asséptica é uma complicação rara, mas provavelmente subdiagnosticada, uma vez que implica um alto grau de suspeição diagnóstica. Os autores apresentam o caso de um homem de 63 anos, previamente assintomático, admitido no serviço de urgência por um quadro com 2 semanas de evolução caracterizado por febre (temperatura axilar máxima: 38ºC), associada a dor occipital tipo choque elétrico. A sintomatologia começou após ter iniciado antibioterapia profilática com amoxicilina na sequência da colocação de próteses dentárias. Da história passada do doente reconhece-se um episódio semelhante após início de esquema de erradicação de Helicobacter pylori (amoxicilina, claritromicina e esomeprazol) após internamento por hemorragia digestiva secundária a úlcera duodenal. O exame do líquido cefalorraquidiano revelou pleocitose com predomínio mononuclear, hiperproteinorraquia e normoglicorraquia, sendo o exame microbiológico negativo. A ressonância magnética de crânio excluiu lesões agudas. Após suspensão do antibiótico assistiu-se a uma rápida melhoria clínica, com apirexia atingida às 48 horas. Este caso clínico pretende chamar a atenção para um efeito adverso raro, mas grave, de um fármaco amplamente prescrito em Portugal. Do conhecimento dos autores, estão descritos na literatura apenas oito casos de meningite asséptica secundária à amoxicilina. Palavras-chave: Meningite asséptica; Antibióticos; Amoxicilina; Hipersensibilidade medicamentosa.

PO-11-51

VARIANTE GENÉTICA PAI-1 E ACIDENTE VASCULAR ISQUÉMICO

Ana Filipa Matos, Adelaide Figueiredo, Maria Cristina Esteves, Luis Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM, EPE

O acidente vascular cerebral (AVC) é a quinta causa de morte nos países desenvolvidos. Cerca de 80% dos casos são de natureza isquémica e os restantes, hemorrágica. A ocorrência de AVC em doentes jovens é rara, sendo por isso necessário um exaustivo e aprofundado estudo etiológico nestes doentes. De entre as etiologias mais frequentes as doenças cardioembólicas contribuem para cerca de 50% dos AVC isquémicos em doentes com idade inferior a 40 anos. Contudo, não devem ser esquecidas outras etiologias: processos inflamatórios da parede arterial, infeções, coagulopatias, hiperviscosidade sanguínea, displasia fibromuscular, aneurismas e dissecções. Os autores apresentam três casos clínicos de doentes do sexo masculino, com idade média de 38 anos, internados no serviço de medicina com o diagnóstico de AVC isquémico. Do estudo realizado os três mostraram a presença do polimorfismo genético PAI -1 (inibidor do ativador do plasminogenio), um caso em heterozigotia e dois casos em homozigotia e, num dos doentes, a presença concomitante de forâmen ovale patente. O PAI-1 é um inibidor de atuação rápida do plasminogenio tecidular, que tem um papel importante na homeostase fibrinolítica e a presença de mutações pode aumentar o risco trombótico, contudo, apesar dos vários estudos de associação genética realizados e descritos na literatura, a relação do polimorfismo genético do PAI-1 e os eventos trombóticos permanece inconclusiva.

PO-11-52

DISSECÇÃO DA CARÓTIDA DE CAUSA TRAUMATICA

Darlene Adolfo, Heidy Cabrera, Cristina Sequeira, João Correia
ULS GUARDA / HOSPITAL SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Dissecção da carótida, é a laceração longitudinal da parede do vaso, que provoca desvio do sangue da artéria para a lesão e preenchimento das camadas do mesmo, o que resulta na formação de hematoma e coágulos. O crescimento destes leva a obstrução do vaso ou a libertação de pequenos coágulos, que podem provocar AVCs. CASO CLÍNICO: A.G.C, do sexo masculino com 61 anos de idade, raça caucasiana, solteiro, sem filhos, emigrado em França, sem hábitos tabágicos, consumo moderado de bebidas alcoólicas, medicado com rivotril e sem alergias conhecidas. Antecedentes de acidente de viação do qual, resultou TCE por mecanismo de aceleração/desaceleração (foi socorrido pelos bombeiros, recusando assistência medica) referindo apenas ter tido cefaleias. Deu entrada no SU 2 dias depois por desvio da comissura labial, afasia, e diminuição da força no membro superior e inferior direito. Ao exame objectivo encontrava-se hemodinâmicamente estável, avaliação cardio-pulmonar e abdominal sem alterações e ao exame neurológica, estava vígil, não colaborante, afásico, com paresia facial central e hemiparesia à direita grau I/V. Analiticamente sem alterações; ECG sem alterações do ritmo e a TAC- CE não mostrava sinais de lesões agudas ou crónicas, tendo sido internado na UAVCs para estudo. A TAC de controlo no internamento, revelou um enfarte isquémico extenso da ACM com presença de um trombo intraluminal e a Angio - TAC dos vasos do pescoço, revelou uma dissecção da carótida interna esquerda. Os autores vêm enfatizar a importância do diagnóstico precoce, nos casos de dissecção da artéria carótida interna de causa traumática, com o intuito de prevenir sequelas nos doentes, porque as alterações na circulação cerebral devido a isquemia, podem ocorrer vários dias após a lesão.

PO-11-53

CASO CLINICO: NEUROSARCOIDOSE COM BIPARESIA FACIAL EM DIABÉTICA TIPO 1

Bogdan Kachan, Daniela Alves, Paulina Mariano, Maria Eufémia Calmeiro, Carmo Macario, Rosa Silva
HOSPITAL AMATO LUSITANO, CASTELO BRANCO

Introdução: Sarcoidose é uma doença multisistémica inflamatória de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de granulomas não-caseosas. NeuroS ocorre em 5-10% dos doentes, dos quais 50% terão NS como diagnóstico inicial. Caso clínico: Mulher 43 anos, caucasiana, DM1 há 29A, com RPD e PNP. 07/2015: ulceras digitais 3º/5º dedo pé dto. Artrite das artic. tibiotársicas e rigidez matinal de 15min e dificuldade na marcha. Salienta-se Hb11.8, VCM79, PCR56, VS80, Fe38, Ferrit.5.45, A1c11.8%. HLAB27, ANAs e ac anti-tTG IgA/IgG, VHB, VHC, HIV e VDRL negativos; Chlamydia e Mycoplasma IgM-/IgG+, Y.enterocolica+, C.jejuni IgG-; HLADQ2+/HLADQ8-; vitD <3, PTE aumento fraçãoγ, IgG2175, IgA418. DEXA Ts 2.1anca/1.2L2. Pangastrite crónica atrófica, H.pylori+. Medicada: irradicação HP; doxicilina, colchicina, vit.D+bifosfonatos. 08/2015: Paresia facial dta com nevralgia e mialgias. RMCE: leucoencefalopatia isq. crónica microangiopatica grauI/III de Fazekas. Faz pulso de metilprednisolona 1g/3 dias, melhoria de artrite. 09/2015: diparesia facial; cefaleias occipitais e parestesias. Ex. neuro: tetraparesia grauIV; arreflexia/hiporefleixa generalizadas; sem alt. dos pares cranianos; ataxia da marcha, Romberg+, quadro de polirradiculopatia aguda. PL: prot.67,glic.148, leuc67, leuc.10(100% MNcleares), Ag N.meningitis/Strept./Haemophylus/Borrelia-, ACE-1U/L, bactérias e BAAR-. SACE 88U/L. EMG: PNsensitivo-motora Mis e n.facial bilateral assimétrica. TCtorax: micronodulação peribroncovascular e atingimento ganglionar. CTgálio: doença em atividade a nível ganglionar mediastino e hílar. Biopsia: granulomas não necrotizantes e com raras cél. gigantes de Langhans. Medicação AZT 75mg Conclusão: Trata-se de uma mulher DM1 com RPD e PNP, sarcoidose com envolvimento pulmonar e neurológico, deficiência grave de vitD, osteoporose e provável doença celíaca. Os autores pretendem chamar a atenção para a presença da associação destas entidades, a dificuldade no diagnóstico e na opção terapêutica.

PO-11-54

SÍNDROME DE DESMIELINIZAÇÃO OSMÓTICA E JEJUM PROLONGADO

André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: A síndrome de desmielinização osmótica (SDMO) é uma condição grave que pode levar a alterações neurológicas debilitantes e morte. Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 60 anos que após diagnóstico de neoplasia da próstata iniciou "terapêutica alternativa" consistindo em 50 dias de jejum. Após esse período foi levado ao Serviço de Urgência por prostração, salientando-se: emagrecimento, desidratação, hiponatrémia grave (105 mmol/L), trombocitopénia e elevação de parâmetros inflamatórios por provável pneumonia de aspiração. No internamento iniciou antibioterapia e correção iónica. Desenvolveu pancitopénia por falência medular decorrente de desnutrição grave, revertida após correção dos défices vitamínicos. Houve melhoria transitória do quadro neurológico, com flutuações do estado de consciência, sem alterações visíveis na TC crâneo-encefálica. Por pneumonia nosocomial houve necessidade de ventilação mecânica invasiva, coincidente com agravamento neurológico, com eletroencefalograma confirmando estado de mal epiléptico e evidência em RMN de mielinólise pôntica e extrapôntica, configurando um SDMO. Apesar da correcção de sódio não ter ultrapassado os 10mmol/L nas primeiras 24 horas, a desnutrição grave terá precipitado esta complicação. Permaneceu em coma com sinais de disfunção encefálica difusa e do tronco cerebral, mantido após optimização da terapêutica anticonvulsivante. Foi transferido para Unidade de Cuidados Paliativos, e posteriormente para domicílio, onde permanece há mais de dois anos sem melhoria significativa. Conclusão: A SDMO é uma potencial complicação da hiponatrémia grave e prolongada, particularmente se corrigida de forma rápida e frequentemente associada a condições predisponentes como o alcoolismo, a doença hepática e a desnutrição. Este caso alerta não só para a necessidade de correção da natrémia de forma segura, mas também para os efeitos potencialmente fatais de algumas "terapêuticas alternativas".

PO-11-56

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Narciso, Manuel Fernandes, Carlos Anjo, Sérgio Pinto, Fátima Duarte, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE - CHLN

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma causa rara de acidente vascular cerebral (AVC), estimando-se que a relação para trombose arterial seja de 1:62,5. Como causas etiológicas destacam-se estados de hipercoaguabilidade, neoplasia e trauma. A ressonância magnética crânio - encefálica (RM CE) aparece como o exame gold standard para o seu diagnóstico. A anticoagulação é o tratamento de eleição. A mortalidade e morbilidade estão fortemente associadas com o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento adequado e consequentemente com a presença de sequelas. Os autores apresentam o caso de um homem de 66 anos, leucodérmico, sem antecedentes relevantes, sem medicação habitual que recorre ao serviço de urgência (SU) por cefaleia com cerca de uma semana de evolução acompanhada de episódio com 30 minutos de duração de diplopia e hemiparesia esquerda. Do exame objectivo realizado no SU destaca-se de alteração queda de cerca de 10 cm no Mingazinni no membro inferior esquerdo. Hiperreflexia do hemicorpo esquerdo, clónus membros inferiores. Hoffman positivo bilateralmente e reflexo cutâneo plantar em flexão, sem outras alterações. Dos exames complementares de diagnóstico realizado destaca-se: avaliação analítica, tomografia computorizada crânio-encefálica, doppler dos vasos do pescoço e Holter sem alterações. Neste contexto foi pedida RM CE que documentou trombose venosa cerebral em fase subaguda envolvendo veias corticais da alta convexidade fronto-parietal, todo o seio longitudinal superior, a tórcula e todo o seio lateral esquerdo com pequena área de edema. Do estudo etiológico destaca-se Factor VIII ligeiramente aumentado; Mutação da variante PT 20210A da protrombina e homocisteína elevada com polimorfismo C677T em heterozigotia (gene MTHFR). Neste contexto iniciou anticoagulação com melhoria clínica e imagiológica tendo sido orientado para consulta de Genética. Reavaliação aos 4 meses sem défices neurológicos.

PO-11-57

CEFALEIA ORTOSTATICA - HIPOTENSÃO DO LIQUIDO CEFALO-RAQUIDIANO

João Ananias Gonçalves, Luís Magalhães, Alfredo Martins, José Mário Roriz, António Carneiro
HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

INTRODUÇÃO As cefaleias incapacitantes são um problema relevante que nem sempre tem solução fácil. Há achados semiológicos sugestivos de patologias especificas, nos quais se incluem as cefaleias ortostáticas que aliviam com o decúbito e administração de volume. OBJETIVO Apresentação de um caso clinico de cefaleia ortostática por hipotensão do Liquido Cefalorraquidiano (LCR) idiopática APRESENTAÇÃO DO CASO Sexo feminino, 40 anos de idade, inicia 2 semanas antes do internamento, tonturas quando se levanta. Referiu 3 dias antes da vinda ao Hospital, instalação progressiva, em aproximadamente 1 hora, de cefaleia cervico-nucal intensa e incapacitante, que se tornou holocraniana, fortemente agravada por ortostatismo, visão turva, náuseas e vómitos. Paucissintomática após repouso em decúbito. Sem fatores precipitantes, negou esforço associado, sem história conhecida de traumatismo crânio-encefélico (TCE), nem nasorráquia, nem intervenções nas meninges ou espaço peri-meníngeo. EVOLUÇÃO Realizou ressonância magnética (RM) encefálica que evidenciou sinais compatíveis com hipótese de hipotensão de LCR. RM de coluna sem evidência de local de fístula. Fez analgesia, reforço de fluidoterapia e aminofilina, com melhoria rápida e progressiva da cefaleia. DISCUSSÃO A hipotensão do LCR, decorre do extravasamento de LCR, com origem iatrogénica, traumática ou espontânea. É causa reconhecida importante de Cefaleia ortostática, caracterizada por cefaleia postural de agravamento com posição ortostática. Pode ser acompanhada de cervicalgia, acufenos, fotofobia e náuseas. Em norma, desaparece após a normalização da pressão, decúbito, ou encerramento da fístula. CONCLUSÃO A cefaleia ortostática por hipotensão do LCR é sugerida pela anamnese e agravamento com o ortostatismo aliviada com decúbito, analgesia e reposição do volume. É necessário elevado grau de suspeição e o diagnóstico é apoiado pelos estudos de imagem. A maioria dos casos são autolimitados, com melhoria rápida da cefaleia.

PO-11-58

POLIMORFISMO C677T E DOENÇA DE ALZHEIMER - O QUE TÊM EM COMUM?

Bárbara Pedro, Ricardo Miranda, Raquel Sousa, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, MEDICINA II

A hiperhomocisteinémia está associada a aumento do risco de doença cerebrovascular e cardiovascular. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 51 anos de idade, admitida no contexto de queda no domicílio, sem perda de conhecimento e diminuição da acuidade visual do olho direito. De antecedentes: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 e Acidente vascular isquémico (AVC), em 2010. Ao exame objetivo: desorientada no tempo e espaço, defeito à ameaça abolido à esquerda e hemianópsia homónima esquerda. Tomografia computorizada de crânio mostrou área hipodensa occipitoparietal direita. Internada, admitindo-se AVC isquémico da artéria cerebral posterior direita (ACPD). Dado história anterior de doença cerebrovascular (DCV), sem estudo prévio de AVC no jovem, este foi realizado, mostrando hiperhomocisteinémia. Pela descrição de alterações da memória e alterações da função executiva, de início insidioso, considerou-se a possibilidade de quadro demencial incipiente. Realizada punção lombar, com doseamento de biomarcadores, revelando proteína beta amilóide e proteína fosfo TAU reduzidas, com proteína TAU aumentada, sendo estes a favor da provável existência de Doença de Alzheimer. Holter, Ecocardiograma e Ecodoppler dos vasos do pescoço sem alterações. A Ressonância Magnética Nuclear de crânio revelou lesão vascular isquémica subaguda no território da ACPD, com sinais de transformação hemorrágica. Dado hiperhomocisteinémia, foi realizado pesquisa de mutações no gene MTHFR, com o achado de polimorfismo C677T (p.Ala222Val) em heterozigotia. Dada a história de DCV, é pertinente considerar a possibilidade de Demência vascular, não esquecendo outros possíveis diagnósticos diferenciais, como a Doença de Alzheimer. E embora, não esteja

preconizado o uso rotineiro dos biomarcadores no diagnóstico desta última, em situações particulares, como em demências de inicio precoce, estes podem incrementar a confiança no diagnóstico clínico.

PO-11-59

O OUVIDO COMO PORTA DE ENTRADA PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL - MENINGITE PÓS OTITE MÉDIA AGUDA

Joana Ferreira, Bebiana Faria, Margarida Costa, Rosa Ferreira, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA/GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 74 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cefaleia, febre e desorientação. Tinha cumprido antibioterapia com amoxicilina+ácido clavulânico durante sete dias para otite média aguda. Ressonância magnética do crânio com imagem compatível com otomastoidite bilateral. Na sequência do estudo do quadro, foi realizada punção lombar, com evidência de pleocitose e proteinorráquia, tendo o doente sido medicado empiricamente com ampicilina + ceftriaxone + vancomicina + aciclovir + dexametasona, por suspeita de meningite, com resolução do quadro clínico inicial. A pesquisa de vírus no liquor foi negativa, bem como a pesquisa de fungos e os exames bacteriológicos. O doente teve alta clínica assintomático.

PO-11-61

SÍNDROME DE FOIX-CHAVANY-MARIE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Maurício, Rui Almeida, João Pedro Peres, Susana Heitor
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA E.P.E., SERVIÇO DE MEDICINA 3

O Síndrome de Foix-Chavany-Marie (SFCM) é uma forma de paralisia bilateral facio-faringo-glosso-mastigatória central rara, decorrente de uma lesão córtico-subcortical com afeção da região opercular, caracterizada por uma dissociação automático-voluntária na qual os movimentos involuntários dos músculos enervados pelo V, VII, IX, X e XII pares cranianos estão preservados. Relatamos um caso de SFCM numa mulher de 82 anos, acamada e dependente, trazida ao serviço de urgência por um quadro de afasia e disfagia súbitas. Como antecedentes pessoais: seis acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos com hemihipostesia e hemiparésia esquerda grave sequelares, sem defeitos de linguagem ou fala; hipertensão arterial; anemia crónica; e Diabetes Mellitus tipo 2 não insulino-tratada. Ao exame objectivo doente vígil, boca entreaberta, sialorreia abundante, afasia de expressão e disfagia graves, cumprindo ordens simples. Ao exame neurológico, pupilas isocóricas e isorreativas, movimentos oculares sem limitações ou nistagmo; não efetuava movimentos faciais a pedido, mas na manobra de foix apresentava parésia facial central esquerda; reflexo faríngeo diminuído; protrusão da língua na linha média; reflexo masseterino positivo; hemiplegia e hemihipostesia esquerdas; diminuição da força muscular à direita, grau 3; reflexos osteotendinosos vivos e reflexos cutâneo-plantares em flexão; sem alteração da coordenação motora à direita. Analiticamente sem alterações. A RMN craniana revelou extensas lesões córtico-subcorticais frontal paramediana, fronto-opérculo-temporo-parietal e occipital no hemisfério cerebral direito. Embora a SFCM resulte maioritariamente de lesões operculares bilaterais, uma lesão unilateral pode cursar com os aspetos clínicos característicos desta síndrome. Este caso clínico demonstra que apesar da necessidade de confirmação imagiológica, o diagnóstico da SFCM é essencialmente clínico, realçando a importância de uma história e exame objetivo/neurológico completos.

PO-11-62

NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Ferreira, Magda Fernandes, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA/GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 46 anos de idade, com antecedentes de epilepsia, medicado com levetiracetam. Internado ao cuidado de Medicina Interna para estudo de um quadro de tonturas. Tomografia computorizada craneoencefálica com evidência de discreta hiperdensidade espontânea do segmento proximal da artéria basilar e ressonância magnética do crânio que descrevia padrão fetal da cerebral posterior esquerda, comunicante posterior direita hipoplásica e mega cisterna magna. Foi pesquisada serologia da sífilis, com positividade: TPHA 1/5120 e RPR 1/64. Neste contexto, foi realizada punção lombar, que revelou TPHA positivo no LCR, 1/320, bem como VDRL positivo. Iniciou, então, terapêutica para neurossífilis com benzilpenicilina 4mU ev 4/4 horas, que cumpriu durante 10 dias. Permaneceu assintomático ao longo de todo o internamento. Foi efectuada declaração obrigatória e referenciação para rastreio de infecção nos seus contactos sexuais. Seis meses após a terapêutica, foi repetida a punção lombar, com redução de 4x do titulo de RPR sérico e diminuição da plecitose do LCR, mantendo-se o titulo de VDRL positivo. (Será reavaliado dentro de 2 semanas com nova punção lombar). Em conclusão, apresentamos o caso clínico de um doente com diagnóstico de neurossífilis, com uma evolução clínica favorável.

PO-11-62

NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Ferreira, Magda Fernandes, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA/GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 46 anos de idade, com antecedentes de epilepsia, medicado com levetiracetam. Internado ao cuidado de Medicina Interna para estudo de um quadro de tonturas. Tomografia computorizada craneoencefálica com evidência de discreta hiperdensidade espontânea do segmento proximal da artéria basilar e ressonância magnética do crânio que descrevia padrão fetal da cerebral posterior esquerda, comunicante posterior direita hipoplásica e mega cisterna magna. Foi pesquisada serologia da sífilis, com positividade: TPHA 1/5120 e RPR 1/64. Neste contexto, foi realizada punção lombar, que revelou TPHA positivo no LCR, 1/320, bem como VDRL positivo. Iniciou, então, terapêutica para neurossífilis com benzilpenicilina 4mU ev 4/4 horas, que cumpriu durante 10 dias. Permaneceu assintomático ao longo de todo o internamento. Foi efectuada declaração obrigatória e referenciação para rastreio de infecção nos seus contactos sexuais. Seis meses após a terapêutica, foi repetida a punção lombar, com redução de 4x do titulo de RPR sérico e diminuição da plecitose do LCR, mantendo-se o titulo de VDRL positivo. (Será reavaliado dentro de 2 semanas com nova punção lombar). Em conclusão, apresentamos o caso clínico de um doente com diagnóstico de neurossífilis, com uma evolução clínica favorável.

PO-11-63

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE - QUANDO A TERAPÊUTICA É A PROVA

Mylene Costa, Teresa Tavares, João Massano, Catarina Cruto, Rui Môço
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, HOSPITAL PEDRO HISPANO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 47 anos, obesa e hipertensa, com consumo de 110 gramas de álcool/dia, que se apresenta com apatia, confusão, diplopia e ataxia com 24 horas de evolução. À admissão objetivou-se défice de supraversão e nistagmo do olho esquerdo, marcha atáxica e hipostesia superficial distal a nível de ambos os membros inferiores. A tomografia computorizada não mostrou alterações. Realizou ressonância magnética cerebral (RM-CE) que mostrou focos de hipersinal cerebelosos e talâmicos em T2, sem restrição à difusão. Iniciada terapêutica com tiamina endovenosa (300mg, 3 vezes por dia), com resolução das alterações neurológicas em 48 horas, favorecendo o diagnóstico de Encefalopatia de Wernicke (EW) em detrimento de lesões isquémicas. A EW é um distúrbio raro, resultante da deficiência de tiamina que geralmente se associa ao alcoolismo. A tríade clássica inclui encefalopatia, disfunção oculomotora e ataxia. Apesar do diagnóstico ser primariamente clínico, a RM-CE pode revelar lesões simétricas diencefálicas e periventriculares como se verificou no caso descrito, sendo por vezes pertinente o diagnóstico diferencial com outras patologias que afetam o sistema nervoso central. O tratamento precoce com tiamina é importante como prova terapêutica e pode prevenir a morbi-mortalidade associada a esta entidade. A apresentação

deste caso, profusamente ilustrado, tem como principal intuito alertar para a existência desta patologia, frequentemente sub-diagnosticada, e relembrar a contribuição da RM-CE para o diagnóstico.

PO-11-65

UMA CAUSA INESPERADA DE AVC

Sofia Furtado, Sofia Jardim, Rita Ilhão Moreira, Liliana Dias, Carmen Marques, Filipa Quaresma
CHLC - HOSPITAL SÃO JOSÉ, UNIDADE FUNCIONAL MEDICINA 1.2

Mulher de 50 anos, com história de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico 8 anos antes sem sequelas, trombocitopenia idiopática e hipotiroidismo. Internada por quadro com mais de 24 horas de evolução de hemiparésia esquerda de predomínio braquial e parésia facial central homolateral. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) revelou sinais de enfarte isquémico agudo no território da artéria cerebral média direita. Analiticamente, com hipercolesterolémia e hiperhomocisteinémia. A ressonância magnética CE mostrou lesões vasculares múltiplas, possivelmente secundárias a fragmentação embólica, vasculite ou doença autoimune. O ecodoppler dos vasos do pescoço e transcraniano foi normal. O ecocardiograma transesofágico revelou duas vegetações na válvula aórtica. Dado manter-se apirética e com hemoculturas negativas, admitiu-se endocardite trombótica não-bacteriana. O estudo etiológico revelou anticorpos antinucleares positivos no sangue e líquor; restante estudo de autoimunidade e trombofilias normal. Realizou mamografia e ecografia mamária, ecografia tiroideia e TC toraco-abdomino-pélvica, que não revelaram sinais de malignidade. Foi admitida provável endocardite de Libman-Sacks no contexto de Lupus e iniciou terapêutica com hidroxicloroquina e corticoide. Teve alta a pedido, antes da realização de ecografia pélvica. Dois meses e meio depois apresentou-se com aumento do volume abdominal, sendo diagnosticada neoplasia maligna do ovário direito com carcinomatose peritoneal. Foi submetida a salpingo-ooforectomia direita e excisão de implantes peritoneais, com complicações no pós-operatório e posterior seguimento em Oncologia. A endocardite marântica é um diagnóstico raro, que implica alto índice de suspeição. Pode ser secundária a doença autoimune ou neoplásica. Este caso apresenta uma manifestação atípica de neoplasia maligna do ovário, salientando a importância da investigação de doença maligna no contexto de AVC e endocardite trombótica não-bacteriana.

PO-11-66

AVC: QUANDO PREVENIR NÃO BASTA

Pedro Rodrigues, Andreia Cruz, Nuno Teixeira, Margarida Pereira Alvelos, Paulo Bettencourt
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

As doenças cerebrovasculares são uma importante causa de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos. A aterosclerose e os fenómenos cardioembólico estão envolvidos na patogenia da doença na maior dos casos. Outras causas menos comuns também deverão ser consideradas na abordagem etiológica. 51 anos, sexo masculino, sem outros fatores de risco cardiovasculares. Antecedentes familiares não relevantes. História de síndrome gripal na semana anterior e cervicalgia direita nas 48h prévias. Admitido no serviço de urgência por quadro neurológico, de inicio súbito, compatível com TACI (enfarte total da circulação anterior) do território da ACMD (artéria cerebral média direita). Pontuava 19 na escala de NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). Não realizada trombólise ou trombectomia atendendo ao tempo de evolução. Tomografia computorizada cerebral reveladora de hiperdensidade no segmento M1 e sinais de isquemia no território da ACMD. Eco Doppler cervical e transcraniano com sinais hemodinâmicos de oclusão distal da ACI (artéria carótida interna) e imagem de trombo mural do segmento proximal da mesma. Angio RM (angiografia por ressonância magnética) confirmou dissecção da ACI e segmento V1 da AV (artéria vertebral) direita. Boa evolução neurológica (NIHSS 7), sob terapêutica antiagregante. A disseção arterial é responsável por apenas 2% dos casos de AVC (acidentes vasculares cerebrais), mas é uma causa comum nos adultos jovens. A sua incidência estima-se em 2,5 a 3 por 100,000/ano para a ACI e 1 a 1,5 por 100,000/ano para a AV. A idade média são 44-46 anos. Em até 40% das situações a etiologia é traumática, nas restantes define-se como espontânea. São vários os fatores que se associam à ocorrência de disseções artérias espontâneas, entre elas as infeções. As disseções arteriais cervicocranianas múltiplas estão descritas em 13 a 22% dos casos. É controverso a realização de hipocoagulação. O prognóstico é condicionado pela gravidade do enfarte cerebral.

PO-11-67

MENINGOENCEFALITE VÍRICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Edite Marques Mendes, Lúcia Meirelees Brandão, Carlos Ribeiro, Diana Guerra
ULSAM (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO), VIANA DO CASTELO

Introdução: As encefalites víricas têm um incidência global desconhecida, sendo os agentes mais frequentemente implicados o herpesvirus (HSV), varicela zoster (VZV) e o esptein-barr (EBV). Clinicamente manifestam-se por alterações do estado de consciência, por vezes acompanhadas por alterações neurológicas, sinais de irritação meningea e febre. A mortalidade varia de 30 a 70%, dependendo da precocidade da terapêutica. Caso Clínico: Mulher, 86 anos, previamente autónoma. Antecedentes de artrite reumatóide. Internamento anterior recente por sindrome gripal. Trazida 5 dias após alta por prostração e recusa alimentar. Ao exame objectivo, desorientada. Diminuição global da força muscular. Desiquilíbrio na marcha. Sem outros défices neurológicos. Analiticamente com marcadores de infecção elevado. Tomografia axial computorizada cerebral com leucoencefalopatia isquémica crónica. Punção lombar com pleocitose com predomínio de linfócitos; proteinorráquia e glicorráquia normais. Radiografia de tórax sem alterações. Iniciou terapêutica empirica com Aciclovir (21 dias), Ampicilina e Ceftriaxone (6 dias). Manteve-se apirética desde dia 3 de internamento. Estudo virulógico de líquor positivo para EBV e VZV. Exames microbiológicos negativos (hemocultura, urocultura, cultura de liquor). Inicio de reabilitação motora,com melhoria. Orientada para unidade de convalescença. Conclusão:Os autores pretendem salientar que na infecção vírica do sistema nervoso central a suspeição clinica e terapêutica antivírica precoce evitam complicações potenciais sequelas.

PO-11-68

HEMATOMA EPIDURAL CERVICAL COMO CAUSA DE SÍNDROME DE BROWN-SÉQUARD

Francelino Ferreira, Nuno Guerra, Ruben Reis, Paula Pona, Fátima Campante
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

Homem de 64 anos, com antecedentes de acidente vascular cerebral isquémico, diabetes mellitus, monoparésia do membro superior direito saquelar à poliomielite e fibrilhação auricular, sob anticoagulação. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por hemiparésia do hemicorpo esquerdo com dois dias de evolução, acompanhada por cervicalgia intensa após queda com traumatismo cervical uma semana antes. À observação destaca-se diminuição da força muscular dos membros inferior e superior esquerdos (grau 2/3) e auscultação cardíaca arrítmica. A TC-CE não mostrou lesões agudas, e TC coluna cervical revelou hematoma agudo intracanalar epidural posterolateral esquerdo de C2-C7 determinando redução das dimensões úteis do canal central, e com significativa moldagem da medula desviada para a direita. Durante a permanência no SU verificou-se um agravamento do quadro neurológico, com evolução para tetraparésia grave. O doente foi transferido para o serviço de Neurocirurgia, onde foi submetido a laminectomia descompressiva com drenagem de volumoso hematoma epidural. No pós-operatório imediato não houve intercorrências e verificou-se evolução clínica favorável no decorrer do restante internamento, com recuperação gradual da força muscular sob programa de reabilitação física e motora. O hematoma epidural é uma entidade rara, que pode ser espontâneo ou traumático. É mais frequente em doentes com alterações vasculares e alterações da coagulação. A apresentação clínica é varável, conforme o grau de compressão medular resultante e os sintomas neurológicos podem ser imediatos ou tardios. O síndrome de Brown-Séquard, que corresponde a uma lesão medular incompleta e que se manifesta por alterações motoras do lado da lesão, pode ser uma forma de apresentação, embora com possíveis variantes conforme

. a zona da medula afectada. O diagnóstico clínico requer um elevado grau de suspeição, perante uma história de traumatismo cervical num doente hipocoagulado e que se apresenta com hemiparesia

MEDICINA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS — LCD #11

PO-11-70

UMA SEQUELA RARA PARA UMA INTOXICAÇÃO COMUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rafael Nascimento, Sofia Nóbrega, Rita Vieira, João Freitas, Dina Santos, Teresa Carolino, Maria Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS – SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: A intoxicação por organofosforados é uma emergência médica no serviço de urgência (S.U.). Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso raro de polineuropatia associada à intoxicação por organofosforados. Material e Métodos: Os autores apresentam o caso de um jovem que deu entrada no S.U. por intoxicação voluntária com organofosforados. À entrada, apresentava pupilas em miose e fasciculações múltiplas, tendo sido submetido a atropinização e entubação oro-traqueal com consequente internamento no serviço de medicina intensiva (SMI). Posteriormente foi traqueostomizado por neuropatia grave associada aos organofosforados, com desmame ventilatório difícil. Estando conectado ao ventilador durante 15 dias, desenvolveu no SMI uma traqueobronquite nosocomial a Enterobacter aerogenes. Deu entrada na unidade de cuidados especiais em ventilação espontânea, mantendo a traqueostomia. Apresentou vários episódios de re-intoxicação com necessidade de atropina e obidoxima. Num dos episódios é transferido novamente para o SMI por sinais de re-intoxicação, apresentando-se em coma, com insuficiência respiratória e hiperlactacidémia. Necessitou de ventilação mecânica invasiva durante quatro dias. Foi realizado fecho traqueal sem intercorrências, assistindo-se a novos episódios de re-intoxicação. Isolou-se na urocultura Pseudomonas aeruginosa e Enterobacter sensíveis à levofloxacina. Ao realizar eletromiograma, diagnosticou-se achados eletrofisiológicos compatíveis com Polineuropatia Motora Axonal (PMA), de predomínio nos membros inferiores, subaguda, severa com prognóstico funcional reservado. Doente com alta após 36 dias de internamento, atualmente mantem sequelas do episódio, nomeadamente uma tetraparesia espastica. Conclusão: A intoxicação por organofosforados é uma emergência médica, sendo fundamental, para além da prestação de cuidados imediatos a estes doentes, estar alerta para complicações menos frequentes, mas igualmente graves e incapacitantes como a PMA.

PO-11-71

SÍNDROME DE WUNDERLICH, UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL.

Pedro Oliveira, Paulo Torres-Ramalho, Luís Lopes
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTES GERAIS - CENTRO HOSPITALAR S. JOÃO

A Síndrome de Wunderlich é uma doença rara, potencialmente fatal, que se define como uma hemorragia perirrenal espontânea. Apresenta-se como dor lombar/flanco, podendo cursar com hipotensão e hematúria. Apresentamos dois casos de Síndrome de Wunderlich. Uma mulher de 38 anos, com esclerose tuberosa, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal no flanco esquerdo e hipotensa. A tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou um hematoma perirrenal na dependência de um provável angiomiolipoma renal. Uma mulher de 86 anos, hipocoagulada com varfarina por um tromboembolismo pulmonar e com trombocitopenia, recorreu ao Serviço de Urgência com uma dor nos quadrantes inferiores. Hipotensa e pálida, com trombocitopenia grave e hipocoagulação em níveis terapêuticos. A TC abdominal revelou um hematoma perirrenal com extensão retroperitoneal, com uma massa suspeita no rim esquerdo. Ambas as doentes ficaram em vigilância numa Unidade de Cuidados Intermédios e realizaram embolização seletiva dos ramos da artéria renal com exclusão da massa renal da circulação. O correto diagnóstico e o tratamento atempado com suporte hemodinâmico e posterior embolização arterial da massa renal são fundamentais para um bom prognóstico.

PO-11-73

ANAFILAXIA À CARBOPLATINA - UM CASO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Fernando Freitas Gonçalves, João Gonçalves, Inês Furtado, Joana de Castro Rocha, João Neves, Paulo Paiva, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO

Introdução: A anafilaxia constitui uma reacção de hipersensibilidade, com potencial risco de vida, descrita em múltiplos fármacos oncológicos, de entre os quais a carboplatina, onde a incidência não ultrapassa os 2%. Paralelamente, a anafilaxia, pelos potenciais efeitos adversos cardiovasculares, pode ser causa de insuficiência cardíaca descompensada Objectivos e métodos: Pretende-se, através de um caso clínico, rever a literatura sobre a anafilaxia secundária à carboplatina, assim como a relação da anafilaxia com a descompensação de patologia cardíaca. Caso clínico: Homem de 65 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica com depressão moderada da função sistólica do ventrículo esquerdo. Carcinoma de não pequenas células do pulmão em estadio IV, sob quimioterapia (QT) paliativa com Carboplatina e Gencitabina. Admitido no serviço de urgência por quadro de eritema cutâneo generalizado, dificuldade respiratória com broncoespasmo e dispneia, hipotensão arterial e taquicardia, 10 minutos após início de QT com Carboplatina. Concomitantemente, descompensação de insuficiência cardíaca, com insuficiência respiratória (IR) e acidemia; Radiografia de tórax com sinais de congestão pulmonar e ProBNP elevado. Assumido quadro de descompensação cardíaca despoletado por reacção anafilática à Carboplatina, com melhoria sintomática após administração de adrenalina. Necessidade transitória de ventilação não invasiva e diurético em perfusão durante curto internamento em unidade intermédia. Durante o restante tempo de internamento, no serviço de medicina, com manutenção de estabilidade hemodinâmica e com resolução da IR. Conclusão: A anafilaxia secundária a agentes de QT constitui um evento raro, no entanto, de grande importância pelo risco de vida, salientando-se a importância da aquisição célere do diagnóstico e a antecipação das potenciais complicações, particularmente quando existem patologias crónicas susceptíveis.

PO-11-74

LEUCOENCEFALOPATIA TARDIA

Rosa Alves, Tiago Ferreira, Tiago Judas
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A alteração do estado de consciência é um dos principais motivos de internamento, variando desde de um estado de desorientação ao coma profundo, com instalação súbita ou progressiva. Apresentamos o caso de um homem, 41 anos, com consumo de substâncias toxifílicas endovenosas, abstinente durante 6 anos e retoma dos consumos semanas antes do internamento. Admitido no Serviço de Urgência após ter sido encontrado inconsciente, no contexto de consumo de heroína e vários fármacos. Transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos por insuficiência respiratória global, acidémia láctica e choque cardiogénico-séptico com necessidade de suporte aminérgico. Após estabilização clínica e reversão do estado comatoso, transferido para a enfermaria, apresentando-se vigil, orientado, com preservação das funções cognitivas e motoras. Ao 8º dia de internamento, verificou-se a instalação de um quadro neurológico tetrapiramidal, cujo estudo etiológico se revelou inconclusivo. Manteve-se estável até ao 29º dia, altura em que iniciou quadro de confusão mental, tremores generalizados de predomínio nos membros superiores, prostração progressiva até a um estado comatoso, espasticidade generalizada e clónus muscular. A investigação analítica e imagiológica foi inocente, com um EEG com actividade eléctrica difusamente lenta e TC-CE sem alterações. Realizou Ressonância Magnética Encefálica com alterações sugestivas de leucoencefalopatia hipóxico-isquémica tardia. A leucoencefalopatia tóxica caracteriza-se pela presença de défices neurológicos causados por lesões na substância branca, com uma clínica bastante variada. O consumo de heroína pode traduzir-se em dois tipos de leucoencefalopatia, a clássica

leucoencefalopatia associada à inalação de heroína e a leucoencefalopatiahipóxico-isquémica tardia. Estas patologias diferem entre si no que diz respeito à forma de consumo de heroína, quadro clínico, achados imagiológicos e prognóstico, embora em comum tenham a ausência de tratamento específico.

PO-11-75

ENCEFALOPATIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA – DIAGNÓSTICO INICIAL DA DOENÇA DE CREUTZFELDT JAKOB NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Patrícia Afonso Mendes, Emília Trigo, Rogério Ferreira, Rui Pina, Jorge Pimentel
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

Introdução: A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é rara, incurável e 100% fatal, que pode apenas ser confirmada com um exame neuropatológico, como a biópsia cerebral, ou após uma autópsia. Em alternativa, advoga-se um diagnóstico provável com critérios clínicos que consistem em demência rapidamente progressiva com mioclónus e, menos frequentemente, alterações visuais e sinais cerebelosos e piramidais/extrapiramidais. Caso clínico: Homem de 57 anos, que trabalhava num matadouro e que se apresentou no Serviço de Urgência (SU) cefaleia hemi-craneana esquerda, tonturas e alterações visuais progressivas com 2 meses de evolução. Havia história de amnésia recente, alterações da marcha e quedas, motivando várias idas ao SU. Nestas, não se registaram alterações neurológicas ou oftalmológicas à exceção da última vinda em que apresentava hemianopsia homónima direita e nistagmus horizontal bilateral não esgotável com marcha petit-pas e hétero-agressividade. Isto motivou necessidade de sedação progressivamente maior e consequente entubação e internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Os exames complementares de diagnóstico laboratoriais e imagiológicos no SU eram normais. O líquido cefalo-raquídeo apenas apresentava glicose aumentada, tendo ainda sido pedida neste a proteína 14-3-3 pelo contexto epidemiológico. Todas as outras causas de encefalites foram excluídas tendo realizado ressonância magnética cerebral, eletroencefalograma sugestivos de DCJ e obtido posteriormente o resultado positivo para a proteína 14-3-3. O doente faleceu cerca de 4 meses após o diagnóstico, tendo sido recusada a realização de autópsia. Conclusão: A DCJ é uma doença rara com diagnóstico difícil pela necessidade de biópsia cerebral/autópsia para a sua confirmação. É uma doença que deve ser sempre pensada no diagnóstico diferencial de encefalite. Dada a sintomatologia, este doente teria provavelmente variante de DCJ embora não se possa negligenciar a maior prevalência de DCJ esporádica.

PO-11-76

HTA "MALIGNA": A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Lúcia Meireles Brandão, Rita Moça, Sofia Tavares, Carmélia Rodrigues, Paulo Ramalho, Luís Lopes
CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA. UPCIG.

INTRODUÇÃO: A emergência hipertensiva (EH) que pode surgir em doentes com ou sem hipertensão (HTA) crónica pré-existente, define-se como pressão arterial (PA) sistólica (PAs) >=180 mmHg e/ou PA diastólica (PAd)>=120 mmHg associada a lesão iminente/progressiva de órgão alvo. CASO CLÍNICO: Homem, 51 anos, fumador, antecedentes de HTA mal controlada, diagnosticada e tratada há 10 meses, dislipidemia, malária (2014), oclusão de veia retiniana do olho esquerdo (2014). Amigdalectomia aos 6 anos (sem história de hematúria macroscópica sinfaringea). Astenia, anorexia e náuseas, com anemia normocítica/normocrómica conhecida há 6 meses. Medicado com amlodipina, sinvastatina e ácido fólico. Recentemente prurido, cefaleia, diminuição da acuidade visual e caimbras. Referenciado ao Serviço de Urgência por anemia e HTA sisto-diastólica graves. Analiticamente: raros esquizócitos, azotemia, proteinúria e rabdomiólise. Fundo ocular: exsudados e áreas de hemorragia retiniana no olho direito, sem edema papilar. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular concêntrica. Pesquisa de eosinófilos negativa, eritropoietina baixa, estudo imunológico e imunofixação sérica e urinária sem alterações. Ecodoppler renal sugestivo de doença parenquimatosa intersticial. Necessidade de hemodiálise, transfusões sanguíneas e eritropoietina. Biópsia renal com> 50 % de glomérulos esclerosados, os restantes com esclerose segmentar; interstício com infiltrado, atrofia tubular e vasos com lesões de nefroangioesclerose acentuadas. AngioTAC abdominal excluiu doença renovascular/endócrina. Assumida DRC estadio 5 por nefroangioesclerose hipertensiva. Orientado para consulta de pré-transplante. CONCLUSÃO: Com o aparecimento dos anti-hipertensores, a incidência dos casos de EH diminuiu de 7 % para 1 % e a taxa de sobrevida cresceu de 20% para mais de 90 % Perante uma EH deve proceder-se à monitorização invasiva e a um ajuste adequado da PA (PAs <160/ PAd <100 mmHg), ou para níveis 25-30% inferiores à PA base.

PO-11-77

UM CASO RARO DE COMA

Joana Póvoa, Joaquim Peixoto, Etel Florova, Rosário Ginga, Sílvia Rodrigues, Fátima Campante.
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO- SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução -O síndroma de Wernicke é uma patologia neurológica associada ao alcoolismo e que se caracteriza pelo défice de tiamina, manifesta-se por encefalopatia, disfunção óculomotora e ataxia. Caso clinico-Doente do sexo feminino de 62 anos dá entrada no serviço de urgência trazida pelos bombeiros sem acompanhante, após ter sido encontrada inconsciente. Posteriormente apuraram-se os seguintes antecedentes pessoais: DM NIT, HTA, DHC e um consumo etanólico médio entre os 280 e as 300 gramas por dia Á entrada encontrava-se em coma (GCS-3) com respiração espontânea, hemodinamicamente estável, glicemia de 180mg/dl, pupilas reativas á luz com desvio obliquo para baixo e para a direita, reflexos osteo-tendinosos vivos e simétricos e cutâneo plantar abolido bilateralmente. Foi entubada oro-traquealmente apenas para proteção da via aérea, mas após várias convulsões foi adaptada ao ventilador. Realizou TC de urgência que não revelou lesões vasculares de natureza aguda nem lesões ocupando espaço. Analiticamente sem alterações relevantes. A virologia e autoimunidade pedidas encontravam-se negativas, assim como a pesquisa de benzodiazepinas e opioides na urina. A punção lombar revelou LCR negativo para os antígenos testados. Foram propostos os seguintes diagnósticos: síndroma de Wernicke versus AVC do tronco cerebral e iniciada a administração de tiamina. Ocorreu uma melhoria gradual do estado de consciência permitindo a desconexão ao ventilador. Verificou-se oftalmoparesia para a esquerda em ambos os olhos. Foi pedida uma RMN CE que revelou necrose cortical laminar e alterações de sinal em T2 nos tálamos, núcleos medianos e no pulvinar assim com atrofia dos corpos mamilares, sem alterações no cerebelo ou tronco cerebral. Confirmou-se o diagnostico de Síndroma de Wernicke. Conclusão- O Síndroma de Wernicke embora raro deve ser considerado no diagnóstico etiológico de um caso de coma.

PO-11-78

URGÊNCIA EM MEDICINA: QUANDO O USO DE NEUROLÉPTICOS É INDISPENSÁVEL.

Maria Ana Canelas, Catarina Machado, Carina Silva, Vitor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O síndrome maligno dos neurolépticos (SMN), por reação idiossincrática aos neurolépticos, também é denominado síndrome de deficiência aguda de dopamina, dado o bloqueio dos recetores dopaminérgicos nos gânglios da base. É de diagnóstico e tratamento difíceis. O primeiro baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais, e a exclusão de outras possíveis causas. Relata-se o caso de homem, de 49 anos, com personalidade esquizotípica, medicado com quetiapina, clorpromazina e haloperidol, trazido ao serviço de urgência por rigidez muscular generalizada, com 48h de evolução e privação de sono desde há 5 dias. Apresentava-se hemodinamicamente estável, taquicárdico, eupneico, com saturação periférica em O2 de 97% (ar), com 38.5ºC, nistagmo horizontal, discurso lentificado, delirante e de cariz religioso, e incontinência urinária. Destacavam-se nas análises: leucocitose e trombocitopenia discretas, miogobina

de 2077mg/dL e creatina kinase (CK) de 2548 U/L. Internado no serviço de Medicina Interna, com suspensão de neurolépticos, fluidoterapia intensiva para washout e prescrito bromocriptina durante 2 dias. Alta ao 5º dia de internamento, apresentando diminuição da rigidez muscular, normalização dos valores de mioglobina, CK, leucócitos e plaquetas. Avaliado por Psiquiatria, tendo indicação para reiniciar medicação anti-psicótica, e evicção de períodos de privação de sono prolongados: provável causa da descompensação. Na suspeita de SMN, a medicação neuroléptica deverá ser suspensa de imediato, devendo também vigiar-se possíveis complicações por disfunção autonómica. Estas são as intervenções médicas mais críticas na evolução e prognóstico do quadro, já que este último prende-se na precocidade do diagnóstico e tratamento instituído. No entanto, resolvido o SMN, é muitas vezes indispensável a retoma da terapêutica prévia, o que torna este caso relevante para a nossa prática clínica, assim como a necessidade de monitorização contínua destes doentes, pelo seu médico assistente.

DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULITES — LCD #12

PO-12-02

NO CORAÇÃO DA ESCLEROSE SISTÉMICA

Sofia Gomes Brazão, Sara Leitão, Lèlita Santos, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, ENFERMARIA A

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, com envolvimento sistémico e apresentação heterogénea. É caracterizada por espessamento da pele e afeta múltiplos órgãos. A pericardite sintomática ocorre em 7-20% dos doentes com esclerose sistémica e está relacionada com pior prognóstico. Caso Clínico: Mulher de 42 anos, autónoma, com antecedentes de depressão e dermatite de contacto, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por síncope antecedida de toracalgia pleurítica, com 15 dias de evolução, sem febre ou outras queixas. Uma semana antes teve alta do mesmo SU com o diagnóstico de pericardite aguda, medicada com Ibuprofeno. Apresentava dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores. Estava pálida, apirética e normotensa, com refluxo hépato-jugular positivo, auscultação cardiopulmonar sem alterações e edema maleolar bilateral. Os parâmetros inflamatórios estavam elevados e as enzimas cardíacas negativas. O ECG era normal, a radiografia do tórax mostrava derrame pleural bilateral e a ecocardiografia transtorácica evidenciava derrame pericárdico de 15mm. Foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários de onde teve alta, melhorada, 4 dias depois, medicada com colchicina. Mais tarde, em consulta de Medicina Interna, a doente apresentava microstomia, fenómeno de Raynaud com história de úlceras digitais frequentes. Os ANA eram positivos, com padrão granular fino denso e título de 1:1280. O anticorpo anti Scl 70 era positivo forte. A capilaroscopia foi compatível com esclerose sistémica com padrão precoce. Atualmente assintomática, sob terapêutica com colchicina. Conclusão: Este caso ilustra o envolvimento cardíaco, que não é incomum na esclerose sistémica, sendo a pericardite a manifestação cardíaca aguda mais prevalente. Perante um caso de pericardite, é importante pensar também nesta doença, porque o diagnóstico atempado pode influenciar o prognóstico.

PO-12-03

DERMATOMIOSITE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA VESICAL

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Anabela Silva, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA, EPE, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática caracterizada por fraqueza muscular proximal, evidência de inflamação muscular, e uma variedade de manifestações cutâneas. A incidência anual combinada de dermatomiosite e polimiosite é 2/100000, com predominância feminina 2:1. O pico de incidência é entre os 40 e 50 anos. Foi descrita uma relação entre neoplasias, essencialmente adenocarcinoma, e síndromes paraneoplásicos com miopatia inflamatória. Os autores apresentam o caso de um homem de 71 anos, fumador activo de 116 UMA, sem antecedentes patológicos relevantes, que foi admitido com quadro constitucional associado a exantema cutâneo – eritema heliotropo, eczema no couro cabeludo e superfície extensora dos membros e fotossensibilidade - com dois meses de evolução associado a instalação progressiva de fraqueza muscular proximal, com incapacidade para a marcha autónoma à data de admissão. Analiticamente foi objectivada elevação de parâmetros inflamatórios sistémicos, das enzimas de citólise hepática, CPK e aldolase. Estudo imunológico negativo. A electromiografia foi compatível com DM. Biopsia muscular: atrofia das fibras musculares inespecífica. Na tomografia toraco-abdomino-pélvica descrita lesão neoformativa vesical sendo posteriormente agendada biópsia excisional da lesão e orientado por Urologia. Com este caso sublinhamos a importância da investigação etiologica exaustiva em doente com diagnóstico de DM, quer no momento de diagnóstico, quer no seguimento dada a frequência de DM como síndrome paraneoplásico.

PO-12-04

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO 3 – A IMPORTÂNCIA DO PENSAMENTO HOLÍSTICO

António Fontes, Vanessa Barcelos, Mariela Rodrigues, Cláudia Rodrigues, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A associação de duas patologias autoimunes (sendo pelo menos uma delas do foro endocrinológico) designa-se por síndrome poliglandular autoimune (SPGA), podendo aliar-se outras entidades não endocrinológicas. A SPGA tipo 3 caracteriza-se pela coexistência de disfunção tiroideia e outra patologia autoimune (exceto doença de Addison, hipoparatiroidismo ou candidíase mucocutânea crônica). Reporta-se o caso de uma doente de 57 anos de idade, com os antecedentes pessoais de diabetes mellitus (DM) categorizada como tipo 2 (medicada com metformina 3gr(dia, vildagliptina 100mg/dia e insulina detemir 16+0+30U) diagnosticada aos 30 anos, hipertensão arterial, asma, dislipidémia e obesidade, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de diarreia com cerca de uma semana de evolução, edema dos membros inferiores, astenia e anorexia. Ao exame objetivo destacava-se polipneia, icterícia das escleróticas, sinais de desidratação e palidez cutânea. Analiticamente apresentava: Hemoglobina (HB) 4,7g/dL, volume globular médio 109,7fL, HB globular média 35,9pg, RDW 22,8%, anisopoiquilocitose eritrocitária, saturação da transferrina 74,5%, transferrina 173mg/dL, ferritina 233,84ng/mL, vitamina B12 <83pg/mL, bilirrubina total 3,28 mg/dl, bilirrubina direta 0,51 mg/dL, HB glicosilada 8,5%, T4 baixa, TSH e anticorpos antitiroideus (Anti-TPO e Anti-TG) aumentados. A urocultura isolou Escherichia coli e confirmou o diagnóstico de infeção do trato urinário. No contexto de anemia megaloblástica, anticorpos anti-tiroideus positivos e DM iniciou-se estudo de eventual SPGA. Obtiveram-se os seguintes resultados: anticorpos anti-insulina, anticorpos anti-células parietais e anticorpos anti-factor intrínseco positivos e anticorpos anti-21-hidroxilse, anti-gliadina e anti-endomisium negativos. O cortisol total e urinário era normal. Este caso evidência a importância da visão holística das patologias endócrinas e a possibilidade de integra-las numa entidade etiológica comum.

PO-12-05

ATINGIMENTO NEUROLÓGICO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE BEHÇET – ACERCA DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Machado, Maria Ana Canelas, Sofia Figueiredo, Carina Silva, Olga Gonçalves, Pedro Barros, Vítor Paixão Dias
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SERVIÇO DE NEUROLOGIA, CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE

INTRODUÇÃO:A Doença de Behçet é uma doença multisistémica causada por vasculite oclusiva dos pequenos vasos. A apresentação inicial, comummente, traduz-se por ulceração recorrente da mucosa oral e genital. No entanto, a doença pode apresentar-se com o envolvimento de outros órgãos ou sistemas, dificultando o seu diagnóstico. CASO CLÍNICO:Homem, 45 anos, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com duas semanas de evolução de desequilíbrio da marcha, acompanhado de vertigem, diminuição da força muscular/sensibilidade do membro superior esquerdo e hipovisão. Ao exame neurológico no SU apresentava, de anormal, nistagmo inesgotável

multidirecional, limitação à abdução do olho esquerdo, parésia facial periférica esquerda, dismetria dos membros esquerdos e desequilíbrio na marcha com lateropulsão para a direita. TC CE à admissão sem lesões; estudo analítico sem alterações de relevo. Após uma anamnese completa, foi possível apurar história de ulceração aftosa recorrente da mucosa oral. Estudo Imagiológico com RMN mostrou lesão expansiva na fossa posterior adjacente ao pedúnculo cerebeloso médio compatível com lesão inflamatória. Observação por Oftalmologia mostrou oclusão de um ramo da veia temporal inferior. O teste de patergia foi negativo. Iniciou corticoterapia na dose 1mg/kg/dia, verificando-se evolução favorável das queixas de desequilíbrio e vertigem, com progressiva recuperação da autonomia para a marcha. Doze semanas após a alta, com prednisolona em desmame, o doente apresentou lesões acneiformes no tronco e confirmou-se vasculite retiniana, havendo assim critérios suficientes para Doença de Behçet com afetação do SNC. CONCLUSÃO:A Doença de Behçet pode ser muito difícil de diagnosticar quando a manifestação inicial não inclui a descrição clássica da doença (tríade clínica de úlceras genitais, aftas orais e lesão ocular); obrigando assim a uma investigação minuciosa para exclusão de outras causas, nomeadamente infeciosas e neoplásicas.

PO-12-06

UM CASO DE MIASTENIA GRAVIS NO IDOSO

Ricardo Pinto Sousa, Filipa Brás Monteiro, Ana Sofia Carvalho, Rita Mendes, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL - HOSPITAL DE EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

A Mistenia gravis (MG), doença autoimune rara, habitualmente diagnosticada em doentes jovens, contudo também presente na população com mais de 50 anos. Apresenta-se em 50% dos casos com sintomas extraoculares, 20% com sintomas oculares e nos restantes com doença generalizada. Mulher, 92 anos, caucasiana, com história de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotiroidismo sob Levotiroxina. Admitida por disfagia associada a episódios de diplopia com vários meses de evolução, agravados nos últimos 3 dias, com incapacidade total para a deglutição de sólidos ou líquidos, sialorreia e disartria. Apresentava voz nasalada, paresia facial periférica bilateral com ptose palpebral, reflexo faríngeo presente, com disfagia para sólidos e líquidos. Sem diplopia, alterações da oculomotricidade ou campimétricas. Sem agravamento com as provas de fatigabilidade, contudo com reversão da ptose nas provas de gelo. Analiticamente: Leucocitose e PCR de 7.02 mg/dL, TSH 0,01 µU/mL e T4L 33,8 pmol/L. TC-CE: hipodensidades na protuberância, núcleo-basais e coroas radiárias, compatíveis com eventos isquémicos. Radiografia tórax: hipotransparência do lobo inferior direito. Assumidos diagnósticos de MG, pneumonia da comunidade e hipertiroidismo iatrogénico. Foi medicada com piridostigmina, amoxicilina/clavulanato, claritromicina e tiamazol. No internamento evoluiu para insuficiência respiratória global e acidemia sendo transferida para UCI. Iniciou Imunoglobulina humana e Prednisolona, com titulação de Piridostigmina. Houve melhoria, tendo sido extubada aos 5 dias. TC-tórax sem evidência de massas mediastínicas. Electromiografia com decremento dos potenciais evocados ao nível do Trapézio. Anticorpo anti-receptor da acetilcolina positivo (5,0 nmol/L). Chamamos a atenção para um caso de MG de predomínio bulbar em doente idoso. Um diagnóstico raro necessitando de um alto grau de suspeição para a conduta diagnóstica. Destacamos a idade, forma de apresentação e inexistência de timoma.

PO-12-07

FALÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE ANCA-MPO

Filipa Duarte, Yolanda Martins, Fábia Patinha, Ana Fonte, Paulo Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA

Introdução As vasculites são distúrbios caracterizados pela presença de inflamação e necrose da parede dos vasos. O mecanismo a elas subjacente ainda é incerto e as suas manifestações clínicas são diversas e comuns a outras patologias. Caso Clínico Homem, 38 anos, admitido por quadro progressivo de dispneia, tosse, rinite e epistáxis com um mês de evolução. Apresentava-se apirético, normotenso e taquicárdico, baixa saturação de oxigénio e murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e sem ruídos adventícios na auscultação pulmonar. No estudo constatou-se insuficiência respiratória tipo 1 grave, anemia normocítica normocrómica, disfunção renal, proteína C reactiva elevada, urina tipo II com eritroproteinúria e hipotransparências bilaterais na radiografia do tórax. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Assumido diagnóstico de choque séptico com ponto de partida em pneumonia com disfunção multiorgânica e iniciou antibioterapia empírica seguida de antivírico. Por ausência de resposta e resultados microbiológicos negativos, bem como agravamento da disfunção renal com proteinúria nefrótica e necessidade de hemodiafiltração, equacionadas outras etiologias. Constatou-se título elevado de anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo anti-mieloperoxidase (ANCA-MPO) com restante estudo imunológico negativo. Foi assumida vasculite ANCA-MPO com atingimento pulmonar e renal. Iniciou pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida, permitindo desmame ventilatório e da técnica de substituição renal, com melhoria clínica e analítica. Doze meses após apresentação encontra-se em remissão sob imunossupressão oral. Discussão A falência respiratória aguda raramente é a primeira manifestação de vasculite ANCA-MPO e, quando descrita, associa-se a hemorragia alveolar. Dada a evolução rápida e grave, o seu reconhecimento e tratamento precoce são fundamentais.

PO-12-08

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA SECUNDÁRIA EM JOVEM COM SARCOIDOSE

Sara Macedo, Mónica Teixeira, Andreia Correia, Nuno Monteiro, Vitor Marques, Carla António, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

A associação entre a trombose venosa profunda e a sarcoidose raramente tem sido descrita.O mecanismo exato da formação de trombos na sarcoidose é desconhecido,mas a estase venosa secundária à compressão de adenopatias locais,a trombofilia tecidular e a flebite granulomatose são potenciais mecanismos.Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 23 anos, estudante, não fumador,com antecedentes de apendicectomia aos 19 anos de idade,foi recorreu ao Serviço de Urgência por dor inguinal direita com irradiação para o testículo e membro inferior ipsilateral com mais de 15 dias de evolução e agravamento nos últimos 8 dias.Realizou viagem de avião de 9 horas duração, sendo que na primeira semana após viagem, apresentou dor e edema do membro inferior direito, com dificuldade na marcha.À observação destacava-se edema e sinais inflamatórios do membro inferior direito.Ecodoppler do membro inferior direito:"(…)trombo essencialmente expansivo (…)com início na porção proximal da veia ilíaca externa e extensão ao longo do eixo femoral comum e femoral até aproximadamente até ao canal de Hunter".O doente foi internado para estudo e iniciou enoxaparina.Clinicamente com perda ponderal ligeira, febre de predomínio vespertino e noturno e úlceras orais.Do estudo complementar constata-se padrão inflamatório com gamapatia policlonal;excluída patologia infeciosa; estudo de trombofílias negativo;estudo de autoimunidade negativo.Radiografia de tórax: reforço hilar bilateral.TAC TAP:"(…)várias formações ganglionares mediastínicas,algumas com critérios dimensionais de adenomegalias (…)Hepatoesplenomegalia e adenopatias infracentimétricas abdominais e algum compromisso da veia cava inferior."Neste contexto, realizou mediastinoscopia; histologia de adenopatia mediastínica compatível com Sarcoidose.Apresentou melhoria clinica de TVP com enoxaparina, atualmente medicado com varfarina.Devido ao achado diagnóstico de Sarcoidose, foi reencaminhado para consulta de Pneumologia para seguimento.

PO-12-09

NA SOMBRA DA TIROIDITE AUTOIMUNE- SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO 3

Gabriel Atanásio, Rosa Ferreira, Sara Pinto, Andreia Seixas, Vitor Paixão Dias.
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA E ESPINHO. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os síndromes poliglandulares autoimunes (SPGA) englobam um espectro alargado de doenças autoimunes. O SPGA 1implica a existência de candidíase mucocutânea, hipoparatiroidismo autoimune e doença de Addison surgindo sobretudo na criança. O SPGA 2 atinge o adulto (20-40 anos) caracterizando-se pela doença de Addison associada a tiroidite autoimune e/ou diabete mellitus tipo 1; o SPGA 3 é mais frequente no adulto e caracteriza-se por tiroidite autoimune associada a outra patologia autoimune, uma vez excluída a doença de Addison. Este último subdivide-se em 4 subtipos consoante a doença autoimune associada: SPGA 3A se associada a diabetes Mellitus tipo 1, Sindrome de Hirata, hipogonadismo ou hipofisite; SPGA 3B se associada a doença celíaca, anemia perniciosa, doença inflamatória intestinal, hepatite auto-imune, cirrose biliar primária ou colangite esclerosante; SPGA 3C se associada a vitiligo, alopécia, miastenia gravis, síndrome de stiff-man, esclerose múltipla, anemia hemolítica ou trombocitopenia autoimune e SPGA 3D se estiver implicada a associação a doença reumatológica. O SPGA 4 refere-se à associação de 2 doenças autoimunes não integradas nas descrições anteriores. Apresenta-se o caso de um Homem, 62 anos de idade Internado por anemia grave para estudo etiológico. Analiticamente destacavam-se défice de Vitamina B12 de 35.2pg/mL (normal: 191-663pg/mL) e presença em título elevado de anticorpos anti-célula parietal e anti-fator a favor do diagnóstico de anemia perniciosa. Por apresentar estudo analítico compatível com hipotiroidismo subclínico foram requisitados os anticorpos anti-tiroideus (anti-tiroglobulina e anti-peroxidase que sendo positivos, confirmaram o diagnóstico de tiroidite autoimune. Os autores pretendem alertar para a necessidade de exclusão de outras patologias autoimunes associadas à tiroidite, muitas vezes esquecidas, cuja identificação permite um tratamento mais adequado.

PO-12-10

ANEMIA PERNICIOSA E PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE

Igor NUNES, Tiago SANTOS, Cecília ALVIM, Sara CROCA, Leonor CARVALHO
SERVIÇO DE MEDICINA I – SECTOR C – CHLN-HSM

A Anemia Perniciosa (AP) definida como deficiência grave de Factor Intrínseco de Castle (FI), é uma doença autoimune que pode estar associada a outras doenças do mesmo espectro como as tiroidites autoimunes. A associação entre AP e outras citopenias autoimunes como a Purpura Trombocitopénica Imune (PTI) é rara e pouco descrita na literatura. Apresentamos uma doente de 44 anos que recorreu ao nosso serviço de urgência por astenia marcada no último mês. Encontrava-se muito pálida mas sem perdas hemáticas. Analiticamente, objectivou-se anemia de 5,4 g/dL, macrocitose com VGM 127 fl, trombocitopenia grau 3 com 35 x 109/L plaquetas e défice de vitamina B12 com 81 ug/L (>273). De referir, antecedentes pessoais de Tiroidite de Hashimoto sob levotiroxina 150 mcg/dia com controlos regulares e função tiroideia normal com anticorpos antitiroideus positivos. A doente ficou internada no nosso serviço para estudo etiológico de anemia megaloblástica, suporte transfusional e reposição de vitamina B12. Admitiu-se o diagnóstico de Anemia Perniciosa que foi confirmado pelo anticorpo anti-FI IgG positivo e pelo anticorpo anti-célula parietal do estômago positivo. Observaram-se dacriócitos no esfregaço sanguíneo e células parietais gástricas positivas usando a técnica de Dot-Blot. Excluiu-se Síndrome de Evans que explicava a bicitopenia pelas provas pré-transfusionais negativas e teste de antiglobulina directo Ig G negativo. Apesar da resolução da anemia com bom rendimento transfusional, agravou a trombocitopenia que chegou a 21 x 109/L plaquetas pelo que se equacionou etiologia autoimune, PTI, confirmada pela presença de anticorpos antiplaquetários positivos para as glicoprotenas GP Ia/IIa, para o antigénio 5b/5b, para GP IV e para HLA Class I. Iniciou corticoterapia com prednisolona com recuperação da contagem plaquetária. A AP e a PTI têm uma base autoimune. A conjugação de cada uma das doenças com outras doenças autoimunes é frequente mas a associação entre si é rara.

PO-12-11

ANEMIA HEMOLITICA A CHÁ DE BORUTUTU

Mourão Carvalho, Marta Pereira, Ana Pimenta de Castro, Mário Lázaro
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE - H. FARO - MEDICINA 2

A Hemólise por tóxicos tem vários mecanismos conhecidos, sendo a produção de anti-corpos anti-eritrócito após estímulo de um tóxico é bastante rara. Discute-se o caso de uma mulher de 48 anos, transportada ao serviço de urgência por hipotensão, icterícia, prurido e mal estar generalizado com temperatura axilar de 38º. Revelou um mês de tonturas, náuseas matinais, e 5 dias de colúria e acolia. Sem outros antecedentes de relevo. Analiticamente detectou-se uma hemoglobina de 3,2, macrocítica, hipercrómica, anisocitose, leucocitose, linfocitose, hiperbilirrubinémia total e directa e elevação da proteína c reactiva. Teste de Coombs positivo. A ecografia abdominal demonstrou apenas ao nível hepático um padrão grosseiro dos espaços porta com relação com hepatopatia tóxica/medicamentosa. Com o serviço de hematologia mais próximo a mais de 300km, internou-se e tratou-se com doses altas de corticóides. A transfusão de eritrócitos só foi possível no dia seguinte pela inexistência de tipo de sangue compatível. O estudo minucioso identificou que a causa da hepatite tóxica e da anemia hemolítica foi o chá de Borututu proveniente de uma raiz africana que a paciente consumiu durante cerca de mês e meio. Este caso revela uma forma de hemólise pouco frequente e que quase se tornou fatal, mas também a capacidade de resposta positiva sem apoio de hematologia e ainda sem possibilidade de transfusão celular.

PO-12-12

SARCOIDOSE — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

David Garcia, Isabel Silva, João Carlos Silva, Pedro Gonçalves, Rosário Araújo
HOSPITAL DE BRAGA, MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A Sarcoidose permanece uma das doenças mais desafiadoras em medicina. Pode afectar varios órgãos e apresentar uma grande variedade de sinais e sintomas. Apesar da resolução espontânea da doença ser a regra a evolução para a cronicidade ocorre em 10 a 30% dos doentes. OBJECTIVO: Apresentar um caso de diagnóstico de sarcoidose. MÉTODO: Revisão de um caso clínico. RESULTADO: Homem de 48 anos, sem antecedentes relevantes, sem medicação habitual, referenciado à urgência por adenopatias cervicais, axilares e inguinais dolorosas para esforço moderado. Negava sintomas constitucionais. Sem outras queixas. Realizado TC-TAP onde se observam várias adenopatias no mediastino, ambas as regiões axilares, em topografia gastro-hepatica, cadeias ilíacas e inguinais bilaterais. Foi internado ao cuidado da Medicina Interna. Realizado rastreio séptico microbiológico e micobiologico. Alargamento do estudo com controlo analítico com aumento de beta2 microglobulina e da enzima conversora da angiotensina sem outras alterações. Virologia negativa. Alta do internamento com agendamento de biopsia excisional de adenomegalia cervical que mostrou linfadenite granulomatosa, quadro compatível com Sarcoidose. Por manutenção de sintomatologia dolorosa, após exclusão de tuberculose, inclusivamente por PCR na peça excisada inicia corticoterapia mantendo seguimento na consulta externa de Medicina Interna CONCLUSÃO: Com este caso os autores pretendem alertar para a complexidade do diagnóstico de Sarcoidose e indicações terapêuticas.

PO-12-13

AS APARÊNCIAS ILUDEM…

Ricardo Lavajo Ana Pinho, Sofia Nicola, Hugo Antunes, MArlene Delgado, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, MEDICINA

INTRODUÇÃO: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica, que embora possa afectar qualquer orgão o pulmão é o mais frequentemente envolvido. Entre as formas de apresentação agudas destaca-se o Síndrome de Lofgren que se caracteriza por artralgias, eritema nodoso, adenopatias hilares bilaterais e por vezes febre. CASO CLINICO: Mulher de 76 anos, internada por quadro de febre, artralgias de carácter inflamatório e referência a lesões eritematosas cutâneas nas pernas recentemente. Analiticamente ausência de

hipoxemia, PCR de 26 mg/dl e D-dimeros de 1460 ng/ml. RX torax: padrão reticulonodular com ingurgitamento hilar direito; Ecodoppler Mis normal. Sob antibioterapia, agravamento clinico franco com SDR, hipoxemia, taquiarritmia por fibrilhação auricular. Análises sobreponíveis e com procalcitonina negativa e BNP de 220 pg/ml. A TC torácica exclui tromboembolia pulmonar mas evidência adenomegalias mediastínicas e hilares, lesões nodulares sem cavitação bem definidas (sugestivas de metástases) e pequeno derrame pleural. Admitida provável doença inflamatória ou neoplásica, pelo que se introduziu corticoterapia sistémica. O estudo complementar compreendeu: hemoculturas amicrobianas, estudo serológico e ADA negativas, estudo auto-imune apenas ANA 1/160, electroforese das proteínas séricas normal, VS de 33 mm, ECA de 67 UI/L, cálcio sérico e urinário normal, ausência de vegetações. Sob corticoterapia, melhoria clínica, analitica e radiológica. O LBA e aspirado brônquico foram amicrobianos e citologia negativa para células neoplásicas sendo a relação CD4/CD8 de 5,6 no LBA. Considerou-se um caso de Síndrome de Lofgren. CONCLUSÃO: Trata-se de uma forma aguda de sarcoidose com bom prognóstico. No entanto pode representar um desafio diagnóstico se a tríade (artralgias, eritema nodoso, adenopatias hilares bilaterais) característica não estiver presente, e principalmente se mimetizar outras patologias.

PO-12-14

PÚRPURA: UMA ETIOLOGIA INCOMUM

Ana Sofia Costa Matos, Ana Rita Cambão, Fernando Rocha Correia, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

A púrpura é um sinal clínico comum, contudo inespecífico, com mecanismo fisiopatológico diverso, ocasionalmente sobreponível e, por vezes com diagnóstico diferencial exaustivo. Caso Clínico: Mulher, 82 anos, observada no Serviço de Urgência por alteração do comportamento e confusão com 3 dias de evolução. Apresentava antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência cardíaca e encontrava-se cronicamente medicada com Vildagliptina+Metformina 50+1000mg bid, Losartan 50mg id, Fenofibrato 25mg id e Bisoprolol 2,5mg id. Objetivamente prostrada, apenas reativa a estímulos dolorosos, hipotensa, febril (38ºC), com rigidez da nuca e edemas maleolares ligeiros, sem lesões cutâneas. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica, leucócitos 6,29x10^9/L com 80,9% neutrófilos e proteína-C-reativa 8,25mg/dl. Apresentava radiografia do tórax e tomografia computorizada craneoencefálica normais. Tentada punção lombar sem sucesso e iniciada antibioterapia empírica para meningite bacteriana com ceftriaxona 2g 2id e ampicilina 1g 6id. Obtida melhoria do estado de consciência, mantendo no entanto temperaturas subfebris. Ao 3º dia de internamento verificado aparecimento de lesões cutâneas purpúricas no lobo da orelha direita e lábios, e ao 7º dia, formação de extensa lesão purpúrica em toalha na mama e coxa à direita, com evolução para lesões bolhosas e necrose. A biópsia cutânea confirmou vasculite cutânea de pequenos vasos (VCPV) com características histológicas compatíveis com hipersensibilidade a fármacos. A VCPV corresponde ao subgrupo de vasculite que atinge vasos de menor calibre, histologicamente com inflamação leucocitoclástica. A etiologia é variada e inclui hipersensibilidade a fármacos, nomeadamente a cefalosporinas e ampicilina. Manifesta-se geralmente por púrpura palpável, podendo evoluir para lesões vesiculares, bolhosas ou necrose cutânea, com eventual envolvimento sistémico, disfunção multiorgânica e morte.

PO-12-15

SAF COM CAUSA DE AVC ISQUEMICO: CASO CLÍNICO

Ricardo Lavajo, Marlene Delgado,Luis Isidoro, Ana Pereira, Antonio Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, MEDICINA

INTRODUÇÃO:O síndrome antifosfolipídico caracteriza-se por fenómenos trombóticos de repetição, distúrbios gestacionais e hematológicos associados a presença de anticorpos antifosfolipidos. Responsavel por um numero significativo de patologia trombotica principalmente em idade jovem, acarreta uma morbilidade significativa, descando-se os eventos vasculares cerebrais. O tratamento fundamenta-se na hipocoagulação. CASO CLINICO: Mulher de 43 anos, com antecedentes de AVC isquémico (sem sequelas neurológicas), HTA e Dislipidemia. Quadro súbito de vertigem, objectivando-se nistagmos horizontal, provas de coordenação com assinergia cerebelosa bilateral, Romberq positivo e ataxia da marcha. A TC CE não mostrou lesões vasculares agudas. Admitida em internamento com o diagnóstico provisório de AVC da circulação posterior. RM-CE - lesões vasculares antigas microcirculatórias.Analises com hipertrigliceridemia, IgM anticardiolipina positivo (55 U/ml) e com restante autoimunidade negativa. Doppler cervical - ateroma difuso carotídeo e vertebral, Ecocardiograma e Holter sem alterações de relevo; MAPA - hipertensão arterial não controlada. Em internamento, verificou-se evolução clinica favorável com regressão progressiva dos défices neurológicos. Posteriormente, após repetição dos anticorpos anticardiolipina, considerou-se o diagnóstico de Sindrome Antifosfolipidico susbtituiu-se a anti-agregação plaquetária por anticoagulação com varfarina. Concusão: Salienta-se este caso, pelo importância de se efectuar um estudo etiológico do evento vascular cerebral em doentes jovens, pois tal pode conduzir a diagnósticos mais raros, como é o caso do Sindrome antifosfolipidico e cuja orientação terapêutica pode ser crucial para a evicação de novos eventos, reduzindo assim a mortalidade e sobretudo a morbilidade, pois cada vez mais se deve investir na prevenção e na qualidade de vida.

PO-12-16

SARCOIDOSE PULMONAR NUM CARPINTEIRO

Ricardo Lavajo, Marlene Delgado, Carla Antonio, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, MEDICINA

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatoria de etiologia desconhecida e envolvimento multisistemico, caracterizada pela presença de granulomas nao caseificantes. Afecta frequentemente o pulmão e os gânglios mediastinicos surgindo con diferentes padroes radiologicos. No diagnostico, destaca-se o papel das tecnicas de imagem sobretudo o rx torax e tc torax, assim como a biopsia que fornece a confirmação definitiva. O tratamento é variável centrando-se na imunosupressao quando indicado. Caso clinico: Homem de 49 anos, exfumador, carpinteiro. Em contexto de traqueobronquite aguda identificado infiltrado intersticial bilateral em rx tórax, persistente. Queixas de cansaço para grandes esforços, crepitações basais e hipocratismo digital. Analiticamente ECA de 143 U/L, cálcio sérico normal e urinário elevado. ADA normal, autoimunidade negativa, IgE normal. TCtorax com micronódulos bilateralmente, áreas de consolidação mal definidas em segmentos inferiores (fibrose) e várias adenomegalias mediastínicas mas não hilares. Lavado broncoalveolar com relação CD4/CD8 de 2,51 e Citologia de LBA com PMN neutrófilos de 1%, PMN eosinófilos de 3%, Linfócitos de 34%, Macrofagos de 62%, negativo para células neoplásicas. Pesquisa de micobactérias tanto em LBA com secreções broncoalveolares negativas. Biopsia pulmonar transtoracica - granulomas epitelioides; Cintigrafia pulmonar com doença activa. Diagnóstico - sarcoidose. Dada a existência de extensas áreas de consolidação com fibrose associadas a sinais de doença ativa em cintigrafia, iniciou terapêutica com corticoesteroides verificandose melhoria analitica e imagiologica. Conclusão: Salientase este caso, pela força distractora que podem exercer factores epidemiologicos, em segundo lugar a importância de se valorizar em outros contextos as alterações radiológicas do intesticio pulmonar e por fim, a dificuldade na abordagem terapeutica em patologias menos frequentes

DOENÇAS HEPÁTICAS — LCD #12

PO-12-18

ABCESSO HEPÁTICO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cristiano Silva Cruz, Bárbara Flor de Lima, Rita Gonçalves, Sara Lino, Fernando Maltez
* CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL SANTA MARTA, SERVIÇO MEDICINA 4

INTRODUÇÃO: Os abcessos hepáticos (AH), maioritariamente polimicrobianos, têm diferentes causas; 20-30% são criptogénicos. Fatores de risco conhecidos são diabetes mellitus, patologia hépato-bilio-pancreática ou transplante hepático; aspetos geográficos ou genéticos parecem ter também o seu papel. CASO CLÍNICO: Homem chinês de 49 anos, em Portugal há 12 anos, sem viagens

recentes. História de hipertensão arterial e gastrite crónica. Recorreu à urgência após 3 dias de náuseas, vómitos, astenia, febre e calafrios; taquicárdico e com dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente apresentava elevação dos marcadores de inflamação e das enzimas de cito-colestase. Ecografia e TC abdominal compatíveis com AH no lobo esquerdo com 46 x 42 x 42 mm. Iniciada antibioterapia empírica (Ceftriaxona e Metronizadol); em internamento, feita biópsia percutânea da lesão (compatível com AH) e isolamento, neste produto e em hemoculturas, de Klebsiella pneumoniae, com ajuste de antibioterapia para Ceftriaxona. Sob antibioterapia dirigida durante 5 semanas, boa evolução clínico-analítica, em apirexia mantida desde o 10º dia; hemoculturas subsequentes estéreis. Reavaliação imagiológica mostrou redução das dimensões do AH. Restante estudo complementar, nomeadamente ecocardiograma sem alterações. Teve alta medicado com Cefixima até consulta 4 semanas depois, onde se apresentou assintomático. Colonoscopia com excisão de lesão polipoide cólica (displasia de baixo grau). Indicação para reavaliação imagiológica e manutenção de antibioterapia até consulta subsequente. CONCLUSÃO: O tratamento dos AH consiste em drenagem de foco infecioso e antibioterapia endovenosa; esta deve ser administrada 4-6 semanas, dependendo da resposta clínica, eficácia no controlo de foco e evolução imagiológica. Em 40% dos casos ocorrem complicações. Sem tratamento a mortalidade é de 100%; tratados, a mortalidade dos AH diminui para 2.5-14.0 %, sendo a celeridade do diagnóstico essencial para o sucesso final.

PO-12-19

UM ACESSO DE VAIDADE AOS 70

Tânia Batista, Joana Correia, Paula Manuel, Joana Capelo, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Enquadramento: A lesão hepática induzida por fármacos é um problema relevante na prática clínica. É a causa mais comum de insuficiência hepática aguda, levando ao abandono de muitos fármacos em desenvolvimento. O aparecimento de icterícia e testes hepáticos anormais pode dever-se não só aos medicamentos como também a químicos e suplementos de ervanárias, o que torna essencial uma história medicamentosa completa. Descrição do caso: Mulher, 70 anos, com dislipidemia, insuficiência venosa crónica e doença do refluxo gastro-esofágico. Medicada com bioflavonóides, ezetimiba+sinvastatina e omeprazol. Recorreu ao Serviço de Urgência por icterícia, astenia, anorexia, prurido, colúria e acolia com uma semana de evolução, após toma de medicamentos de venda livre para emagrecer nos 15 dias prévios. Negava febre, dor abdominal, vómitos, diarreia, viagens, etilismo, transfusões e toma de anti-inflamatórios não esteróides ou paracetamol. Apresentava pele e escleróticas ictéricas, sem outras alterações de relevo. As análises mostravam GGT 127.8UI/L, TGP 2156UI/L, TGO 1608UI/L, Bilirrubina total 10.3mg/dL e a ecografia abdominal sem alterações. Em internamento foi excluída etiologia infeciosa e auto-imune e foi suspensa a medicação. Teve boa evolução com melhoria progressiva da icterícia e da citólise hepática. Colocou-se etiologia tóxica como principal causa da hepatite aguda (produtos para emagrecer e/ou sinvastatina). Discussão: Considera-se hepatite tóxica uma lesão hepática causada por agentes farmacológicos ou químicos que pode ocorrer após ingestão, inalação ou administração parentérica. Neste caso, importa não só considerar o uso de ezetimiba+sinvastatina (de metabolização hepática), como também os chamados "produtos para emagrecer" (muitas vezes de composição desconhecida e tomados sem qualquer acompanhamento médico). Igualmente se demonstra que é fundamental a suspensão de todos os produtos suspeitos devendo a sua reintrodução (se necessária) ser ponderada e cautelosa.

PO-12-20

DEFICIÊNCIA DE ALFA1-ANTITRIPSINA E CIRROSE HEPÁTICA

Giovana Ennis, Cristina Andrade, António Monteiro
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU (HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, VISEU)

Introdução: A forma clássica de deficiência de alfa1-antitripsina é uma doença genética autossómica co-dominante, frequentemente sub-diagnosticada, e uma importante causa de doença pulmonar e hepática. Devido à grande variação na incidência e gravidade da doença pulmonar e hepática, é uma das doenças genéticas mais difíceis de diagnosticar e tratar. Caso clínico: Homem de 54 anos, diagnosticado há 1 ano com cirrose hepática de origem alcoólica e hipertensão portal. Recorre ao hospital por icterícia, edema até à raiz das coxas e aumento gradual do volume abdominal com vários meses de evolução. Referia hábitos etílicos diários de 45g até há 5 anos e de 14g de álcool por dia desde então. Fumador. Ao exame físico, o doente apresentava-se emagrecido, ictérico, com telangiectasias e aranhas vasculares, com ascite sem tensão, edemas nos membros inferiores e do escroto. Analiticamente tinha anemia macrocítica, trombocitopenia, INR aumentado e hiperbilirrubinémia à custa da direta. As serologias infeciosas (hepatite B, C, HIV e sífilis) foram negativas. Eletroforese das proteínas plasmáticas com aumento da fração gama de base alargada. O doseamento da alfa1-antitripsina estava diminuído e apresentava fenótipo SZ. A ecografia abdominal revelou sinais de hepatopatia crónica e ascite. A TAC toraco-abdomino-pélvico revelou extenso enfisema pulmonar. Fígado de dimensões conservadas, contornos discretamente irregulares e textura difusamente heterogénea, sem nódulos visíveis. Discussão: A deficiência de alfa1-antitripsina é uma perturbação genética relativamente comum, mas frequentemente subdiagnosticada. Estes doentes estão predispostos ao desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crónica devido à perda de função da enzima, e a patologia hepática (cirrose e carcinoma hepatocelular), resultado da acumulação intra-hepatocitária de alfa1-antitripsina anormal. O tratamento centra-se em tratamento de suporte de modo a prevenir e/ou reduzir as complicações da doença hepática.

PO-12-21

HEPATITE AGUDA SECUNDÁRIA A CLORPROMAZINA

Guiomar Pinheiro, Inês Furtado, Samuel Fonseca, Mariana Brandão, Teresa Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

A clorpromazina é um dos neurolépticos mais estudados e a sua aplicação é abrangente – desde em transtornos de ansiedade, agitação psicomotora ou como antiemético. A sua utilização está ainda preconizada para os singultos refractários. Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos com factores de risco vascular conhecidos, que recorre ao serviço de urgência por náuseas, colúria e icterícia com uma semana de evolução. Referência a toma de clorpromazina em contexto de singultos persistentes nos três dias que antecederam o início do quadro. Analiticamente objectivado padrão de hepatite aguda com citocolestase, tendo o doente sido admitido para terapêutica de suporte e investigação. Foram excluídas outras causas comuns de hepatite aguda, tendo sido assumida como mais provável iatrogenia a clorpromazina. Normalização paulatina dos parâmetros analíticos assim como resolução do quadro inicial durante o internamento, com a suspensão deste fármaco. Sem novos episódios de hepatite aguda até ao momento. A hepatite colestática é um efeito lateral raro (<2%) deste fármaco, mas potencialmente fatal. A sua ampla utilização reforça a necessidade de uma atenção especial nestes doentes, como ilustrado neste caso.

PO-12-22

QUANDO A "CURA" SE TORNA DOENÇA – UM CASO DE HEPATITE MEDICAMENTOSA

Nuno Ferreira Monteiro, Joana Alves Vaz, Maria Manuela Soares, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL DE EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

A hepatotoxicidade medicamentosa idiopática é uma reacção adversa rara, que pode cursar com falência hepática e levar à morte, sendo os antibióticos a classe farmacológica mais frequentemente implicada. Apresentamos o caso de um homem de 64 anos, autónomo, com etanolismo e tabagismo activos e panuveíte do olho direito em estudo na Oftalmologia. Para esclarecimento etiológico realizara teste de tuberculina e Interferon-Gamma Release Assay (IGRA), ambos positivos, sendo assumido o diagnóstico de tuberculose latente (apesar da inexistência de antecedente, clínica ou epidemiologia sugestivos) e, por eles, iniciado tratamento com isoniazida+piridoxina. Um mês depois recorreu ao

Serviço de Urgência por icterícia, prurido cutâneo, colúria e acolia. Análises: AST 1964U/L, ALT 2769U/L, Bilirrubina total 22U/L (conjugada 15), GGT 1405U/L; serologias VIH1-2, EBV (IgM), CMV (IgM), VHC e VHB negativas. Ecografia abdominal sem alterações. Admitiu-se hepatite tóxica a tuberculostáticos e foi internado, tendo-se verificado rápido agravamento clínico (confusão mental, desorientação e heteroagressividade marcada) e laboratorial (bilirrubina total 26U/L, fator V 170U/L). Discutido com Unidade de Transplante Hepático: "apesar de indicação formal, não aceite por não estar excluído estado bacilífero" e com Unidade de Cuidados Intensivos para filtração de bilirrubina (MARS), tendo sido rejeitado pelo mesmo motivo. Permaneceu no Serviço de Medicina sob terapêutica médica (rifaximina e laxantes) durante 15 dias, com lenta melhoria clínico-laboratorial, tendo à alta reversão do quadro confusional, bilirrubina total 10U/L e ALT 300U/L. Toda a terapêutica farmacológica acarreta riscos potenciais, sendo dever do médico avaliar as indicações formais para qualquer tratamento, baseando a sua decisão na clínica e história pessoal, a par da valorização crítica das alterações dos exames, nomeadamente laboratoriais, de forma a evitar complicações que, à semelhança neste doente, até podem ser fatais.

PO-12-23

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE A LAMOTRIGINA: UMA FORMA DE HEPATITE TÓXICA COM TOXICODERMIA ASSOCIADA

Sofia Xavier Pires, Gonçalo Castelo-Branco, Pedro Cunha, Helena Sarmento, Jorge Cotter
HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

O Síndrome de Hipersensibilidade a anticonvulsivantes é uma reacção idiossincrásica severa, caracterizado por disfunção hepatocelular, rash macular, eosinofilia periférica e prurido intenso. Apresenta-se um caso clínico de um jovem do sexo masculino, 18 anos, com antecedentes pessoais de epilepsia idiopática da infância, medicado com valproato de sódio desde os 3 anos e lamotrigina desde há um mês. Fumador de 1,5 unidades maço-ano, apresentava consumos etanólicos esporádicos. Negava contacto com animais, consumo de drogas ou de águas não tratadas. Recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar rash cutâneo maculo-papular com atingimento de 90% da superfície corporal, pruriginoso, poupando plantas e palmas com três semanas de evolução e febrícula associada. À admissão no Serviço de Medicina Interna, suspensa Lamotrigina. Ao exame objectivo, de nota, sinal de Nikolsky negativo, sem evidência de lesões de picada ou tache-noire, palpando-se adenomegalias nas cadeias ganglionares cervicais, axilares e inguinais. Documentada disfunção hepatocelular, com elevação máxima 8x o valor de transaminases, e eosinofilia relativa, com valor máximo de 700 eosinófilos/uL. Encontrava-se vacinado para Vírus B e Rubéola, sem contacto com vírus C, HIV1/2, Ricketsia ou Borrelia. Contacto prévio com Citamegalovírus, Herpes vírus Humano e Epstein-Barr. Realizou TC-abdominal, que mostrou esplenomegalia homogénea, sem adenopatias. Na ecografia cervical adenomegalias de natureza reactiva. Durante o internamento, regressão progressiva das adenomegalias e do rash. Ao 4º dia de internamento, realizada biópsia hepática diagnóstica, que revelou infiltrado linfo-histiócitário dos espaços porta com participação ocasional de polimorfonuclear eosinófilos e lesões necro-inflamatórias focais, em concordância com toxicidade hepática a fármacos. A evolução clínica apresentou-se favorável, com diminuição progressiva de transaminases e eosinofilia, ao 10ºdia após suspensão de lamotrigina.

PO-12-24

UM CASO DE HIPERTENSÃO PORTAL SEM CIRROSE HEPÁTICA

Cristina Lameirão Gomes, Ana Vaz Cristino, Renata Violante Silva, Paulo Carrola, Presa Ramos
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As doenças vasculares hepáticas são condições raras, que afetam menos de 5/10000 doentes. A Hipertensão portal não cirrótica idiopática (HTPNCI) constitui um desafio na prática clínica, porque se trata de um diagnóstico de exclusão, sendo necessário uma abordagem meticulosa. Caso clínico: Homem de 65 anos, com antecedentes de dislipidemia e elevação isolada da gama-glutamiltransferase, com evolução de 5 anos. Iniciou seguimento em Consulta de Hepatologia após episódio de icterícia, dor abdominal e prurido com citólise hepática e colestase. Após investigação exaustiva conclui tratar-se de Drug-induced liver disease à pravastatina/fenofibrato 40/160 mg. Durante o follow-up do doente constatado varizes esofágicas grau II no terço inferior. Da investigação complementar realizada destacam-se: marcadores víricos negativos, autoimunidade negativa, imunoglobulinas normais. Enzima conversora da angiotensina e cobre sérico normais e serologia para schitosomiase negativa. Efetuada biópsia hepática transjugular com avaliação dos gradientes que não revelou alterações morfológicas do parênquima (gradiente de pressão portossistémico de 7 mmHg). O ecodoppler hepático revelou normal permeabilidade do eixo espleno-portal e dos vasos supra-hepáticos e o fluxo na veia porta apresentou a habitual orientação hepatopetal. Após exclusão de causas de hipertensão portal não cirrótica, assumida HTPNCI. Mantém vigilância e seguimento trimestral em consulta externa. Conclusão: Na HTPNCI, a mortalidade por hemorragias varicosas é significativamente inferior aos cirróticos, porque a maioria apresenta função hepática preservada. Contudo, estes doentes apresentam uma maior incidência de trombose da veia porta em comparação com os cirróticos, ponderando-se iniciar de forma precoce terapêutica anticoagulante. A anticoagulação previne a progressão da doença e mantém a veia porta patente, no entanto, a sua utilização permanece controversa.

PO-12-25

A PERDA DE PESO E O SOBREDIAGNÓSTICO: INCIDENTALOMA?

Sara Pinheiro Nascimento, Joana Oliveira Ferreira, Joana Fernandes
USF SERRA DA LOUSÃ

Doente do sexo feminino, 46 anos de idade, que em maio de 2015 iniciou quadro de indisposição geral caracterizada por náuseas, vómitos e diarreia com dejecções acastanhadas/escuras. Doente jovem muito apelativa, apresentou perda ponderal de 12kg em 4 meses, com astenia marcada, sem outros sintomas constitucionais. Relatava cefaleias parietais e toracalgias esporádicas. Antecedentes pessoais de depressão, fibromiomas uterinos e litíase renal. Como terapêutica cronica faz lorazepam 2.5mg e desconhece alergias. O marido apresenta ansiedade generalizada, com quem mantém uma relação muito particular. Natural e residente numa vila; operaria numa fabrica de meias; sem histórico de viagens recentes. Realizou estudo complementar em ambulatório, nomeadamente endoscopia digestiva alta que revelou gastrite crónica com colonização por Helicobacter pylori; colonoscopia total que não revelou alterações; ecografia abdominal superior que foi normal. Foi submetida a tomografia axial computorizada abdomino-pélvica mostrando formação nodular hepática de 8mm com características suspeitas (´metástase hipervascular/adenoma/carcinoma hepatocelular´). Efectuou-se contacto e referenciação imediata a consulta de Gastroenterologia. O estudo analítico hospitalar não mostrou alterações. Foram entretanto requisitadas serologias; e ressonância magnética nuclear para melhor caracterização da lesão hepática encontrada.. Discute-se a colocação da hipótese diagnostica inicial de perturbação psiquiátrica; a importância do estudo diagnóstico consensual e equilibrado pelo médico de família (MF) e médico internista; o papel do MF na abordagem familiar e investigação de uma causa atribuível; e ainda o controverso tema do sobrediagnóstico, não só nos quadros de perda ponderal muitas vezes explicada por ansiedade e stress diários extremos. O sobrediagnóstico levara inevitavelmente a ansiedade exponencial no doente e a mais sobrediagnóstico nas unidades de saúde. A questão é: quando parar? ...

PO-12-26

HEPATITE TÓXICA: MANIFESTAÇÃO RARA DE UM CONSUMO CADA VEZ MAIS COMUM

Priscila Diaz, Madalena Silva, Natália Fernandes
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O consumo de fitoterápicos tem vindo a aumentar, por vários fatores, entre eles a crença de que são inócuos. A hepatotoxicidade, embora rara, é um efeito lateral bem documentado. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 41 anos, leucodérmica, com antecedentes pessoais de epilepsia e perturbação mista da personalidade, que recorreu a Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal difusa, náuseas, anorexia e adinamia com 4 dias de evolução. Negava febre. Negava alterações terapêuticas recentes e utilização de fármacos sem indicação médica, incluindo produtos de ervanária. Negava hábitos etanólicos e viagens recentes. Do estudo analítico à admissão destaca-se: Bilirrubina total 5.37mg/dL, conjugada 4.53 mg/dl, AST 1442 UI/L, ALT 2166 UI/L, FA 329 UI/L, GGT 426UI/L, LDH 623UI/L, sem elevação de parâmetros inflamatórios. A ecografia abdominal não revelou alterações. Foi internada no Serviço de Medicina para vigilância e estudo etiológico. Ao 3º dia de internamento, após avaliação pela Psiquiatria, a doente admitiu o consumo de produtos de ervanária com motivação de emagrecimento desde há 1 mês (Biofil isoflavonas plus e Infusão detox Naturefood – 20% Cavalinha (Equisetum arvense L.) Ao longo do internamento verificou-se melhoria clínica e analítica, tendo-se protelado a realização de biópsia hepática. O estudo etiológico realizado excluiu as principais causas auto-imunes, infecciosas e metabólicas de hepatite aguda. Assumiu-se então muito provável etiologia tóxica, em contexto de consumo de produtos de ervanária contendo chá de cavalinha. Quinze dias após alta foi reavaliada em consulta de Medicina Interna, encontrando-se assintomática, e já sem alterações analíticas de relevo. Este caso reforça a importância de questionar sempre o uso de produtos naturais e informar dos doentes das potenciais consequência da sua utilização.

PO-12-27

HEPATITE B AGUDA – CASUÍSTICA DE 6 ANOS.

Ana Margarida Peixoto, Fernando Correia, Rogério Corga Silva, Nuno Morais, João Andrade, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1

Introdução: O vírus da hepatite B (VHB) é um dos vírus mais frequentes a nível mundial. Aproximadamente 2 biliões de pessoas, 1/3 da população mundial, tem evidência serológica de infecção passada ou presente por VHB e 350 milhões estão infectados cronicamente. A infecção pelo VHB caracteriza-se por uma interacção dinâmica entre o vírus e o hospedeiro, na qual a resposta imune do hospedeiro pode erradicar o vírus, com resolução da infecção, ou, por outro lado, pode ser responsável por lesões hepáticas e extra-hepáticas. Objectivo: Análise retrospectiva dos casos de hepatite B aguda internados, referentes a um período de 6 anos. Métodos: Consulta do processo único. Incluídos doentes internados no serviço de medicina interna com diagnóstico principal de hepatite B aguda. Resultados: Sete casos foram analisados (5 masculinos e 2 femininos). A idade média dos doentes foi de 50,8 anos e a duração média do internamento foi de 10,6 dias. Todos os doentes foram admitidos no serviço de urgência. Os sinais e sintomas mais frequentes a admissão foram: icterícia (100%); colúria (100%), acolia (100%); dor no hipocôndrio direito (85,7%); astenia (71%) e náuseas (42,8%). A via de transmissão comum foi a via sexual. Dois doentes foram admitidos na unidade de cuidados intermédios de medicina por apresentarem insuficiência hepática aguda e iniciaram terapia antirretroviral com tenofovir. Nenhum doente necessitou de transplante hepático. Não se verificaram óbitos durante o internamento. Todos os doentes foram orientados para a consulta externa de medicina interna - hepatologia. Em 5/7 foi confirmada seroconversão, sendo que 1/7 aguarda os resultados das serologias e o outro doente abandonou a consulta (emigrou). Conclusão: A resolução da infecção aguda ocorre em mais de 90% dos casos no adulto, dados que corroboram a casuística apresentada. O tratamento antirretroviral está indicado se existir falência hepática aguda no decorrer da infecção aguda.

PO-12-29

ASCITE QUILOSA E CIRROSE

Rita Saúde Conde, Rita Reis, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA IB, HOSPITAL EGAS MONIZ, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

A ascite quilosa é uma entidade incomum, caracterizada por líquido ascítico de aspecto leitoso, com concentração de triglicéridos superior a 200mg/dL. As causas mais comuns são neoplasias abdominais, anormalidades linfáticas e cirrose. CASO CLINICO: Homem, 69 anos, história de doença hepática crónica (DHC) de causa etanólica (Child-Pugh B, MELD 9), internado por aumento do volume abdominal, cansaço fácil e dispneia. Analiticamente: anemia (Hb 10,6g/dL), plaquetas 161000/uL, INR 1.4, albumina 2.7g/dL, Bilirrubina total 0,94mg/dL. Ecografia abdominal: ´ascite abundante em todos os recessos peritoneais e interansas, figado com redistribuição volumétrica, com hipertrofia relativa do lobo esquerdo, contornos bosselados, com estrutura heterogénea e micronodular´. Realizou paracentese com saída de 5000cc de líquido ascítico leitoso: proteínas <2g/dL, glucose 106mg/dL, albumina <1g/dL, triglicéridos 254mg/dL, LDH 166u/L, ADA 11,3u/L, amílase<30u/L, 260 células/uL (neutrófilos 3%, linfócitos 14%, monócitos/macrófagos 80%). Gradiente sero-ascítico de albumina = 1,7 (hipertensão portal). Exame cultural negativo e citologia negativa para malignidade. Serologia de hepatite B compatível com infecção antiga, VIH e Ac antiVHC negativos, AFP <2,0ng/mL. TC abdomino-pelvica sem alterações relevantes. Endoscopia digestiva alta: ´varizes esofágicas grandes com "red spots" no terço distal, gastroduodenopatia hipertensiva portal grave e pólipos do antro gástrico´. Colonoscopia sem alterações. O doente teve alta, referenciado à consulta de Gastrenterologia. CONCLUSÃO: O desenvolvimento de ascite quilosa em doentes com cirrose é uma complicação rara da doença (prevalência 0,5 - 1%). O mecanismo fisiopatológico é a ruptura dos vasos linfáticos, dilatados por um aumento de fluxo linfático. O tratamento deve ser conservador, dado que é o grau de doença hepática que determina o prognóstico do doente. A pesquisa agressiva de malignidade não se justifica nos doentes com ascite quilosa e DHC.

PO-12-30

HEPATITE DA PÁSCOA

João Louro, Zara Soares, Denise da Cruz, Mónica Reis, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

Homem de 59 anos com antecedentes pessoais de Obesidade, Enfarte Agudo do Miocárdio há 12 anos e Status pós cirurgia a hérnia umbilical. Nega hábitos tabágicos e refere hábitos etanólicos ligeiros. Medicado habitualmente com Aspirina 100mg e Sinvastatina 20mg. Nega alergias medicamentosas ou alimentares. O doente foi enviado ao Serviço de Urgência, pelo Médico Assistente, ao qual recorreu por um quadro de mal estar inespecifico de tonturas, sem outros sintomas associados nomeadamente náuseas, vómitos ou diarreia, com 72 horas de evolução. Nega qualquer contexto epidemiológico associado. Ao exame objectivo apresentava apenas escleróticas ictéricas. Analiticamente apresentava uma marcada elevação das transaminases (AST:2114 U/L, ALT: 1926U/L), dos parâmetros de colestase (GGT:350U/L, FA:177U/L) e da bilirrubina total e direta (3,43 e 2,64). Urina tipo II com Urobilinogénio de 4,0mg/dl. A Ecografia Abdominal revelou um fígado com hipertrofia do lobo esquerdo, com contorno lobulado e ecoestrutura grosseira, sem evidência de lesão focal; vias biliares não ectasiadas e vesícula biliar não distendida; sem ascite. Ficou internado para estudo de Hepatite Aguda. O estudo analítico efectuado com serologias virais e marcadores de patologias autoimunes que pudessem explicar a etiologia do quadro foi negativo. Através de análises seriadas verificou-se a descida progressiva das enzimas hepáticas com total normalização das mesmas. Apurou-se entretanto, que o doente tinha tido uma ingesta de 4kg de amêndoas de chocolate. Tendo em conta a negatividade de todos os exames pedidos e o facto da função hepática ter normalizado espontaneamente, o factor desencadeante desta Hepatite Aguda terá sido a ingestão abusiva de amêndoas de chocolate. Os autores salientam o quão importante é a historia clinica e a insistência na pesquisa do contexto epidemiológico. Frequentemente os doentes não dão relevância a determinados pormenores que na realidade se revelam de extrema importância.

PO-12-31

IATROGENIA MEDICAMENTOSA - QUANDO O MEDICAMENTO FAZ MAIS MAL QUE BEM

Mário Ferraz, Marta Ruivo, Raquel Garrote, Filipa Cardoso, Madalena Vicente, Anna Taulaigo, Claudia Mihon, Ana Lladó, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: Os mecanismos da hepatotoxicidade são cada vez melhor compreendidos, no entanto muitas reacções adversas são imprevisíveis. A colestase medicamentosa deverá sempre ser um diagnóstico a ter em conta no contexto clínico e laboratorial de alterações hepáticas. Caso clínico: Homem, 57 anos, operário numa fábrica de bidões de plástico e metal, sem história pessoal relevante, medicado com esomeprazol, sem hábitos etanólicos ou toxicofílicos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 1 semana de evolução de prurido generalizado e icterícia associado a colúria e acolia. Sem outros sintomas de foro gastrointestinal ou constitucional. Duas semanas antes do internamento apresentou quadro compatível com infecção respiratória, medicado com amoxicilina-ácido clavulânico 500/125 mg (8 dias), paracetamol (3g/dia durante 6 dias) e budesonido. À observação no SU apresentava-se ictérico, com lesões de coceira dispersas no tronco e sem adenomegálias palpaveís. Abdómen livre, sem organomegálias ou massas palpáveis, sem Murphy vesicular. Analiticamente a destacar padrão de cito-colestase hepática e hiperbilirrubinemia directa, sem alteração da coagulação. Ecografia abdominal sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas ou alterações morfológicas. As serologias virais foram negativas, assim como o estudo de autoimunidade e a alfa-fetoproteina. A tomografia computorizada abdómino-pélvica não mostrou alterações relevantes. Apesar de suspensão de fármacos, a evolução clínica e analítica foi lenta, razão pela qual realizou biópsia hepática, que foi compatível com colestase medicamentosa. Conclusão: O caso apresentado pretende destacar o diagnóstico precoce e preciso de hepatotoxicidade, pois a suspensão de substancias agressoras pode prevenir a evolução para formas mais graves ou crónicas da doença. Salientamos a marcha diagnóstica e a necessidade de realização de procedimento invasivo para confirmação de diagnóstico.

PO-12-32

CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA: UM PRURIDO NEGLIGENCIADO

Helena Vilaça, Joana Serôdio, Anabela Brito, Amanda Rey, Miguel Morgado, António Ferro, António Moura Alves, Ana Paula Brandão
ULSAM- HOSPITAL CONDE DE BERTIANDOS, PONTE DE LIMA, SERVIÇO MEDICINA 2

As causas de prurido cutâneo são infindáveis, daí que a sua expressão isolada constitui um desafio diagnóstico para o clínico. A ocorrência em mulheres de meia-idade pode ser indicativo de uma patologia hepatocolestática crónica imuno-mediada subjacente, tal como a cirrose biliar primária (CBP). Relata-se o caso clínico duma mulher de 55 anos, com antecedentes de depressão e etilismo até 2008. Assintomática até Novembro de 2011, quando inicia prurido cutâneo generalizado associado à presença de lesões hiperpigmentadas no abdómen e antebraços. Múltiplas observações em dermatologia e no médico de família com prescrição de agentes tópicos e sistémicos, contudo sem alívio sintomático. Em Janeiro de 2014 por escleróticas ictéricas, realiza estudo analítico a pedido do médico de família, que revela elevação das enzimas de colestase hepática e dislipidemia. Inicia sinvastatina/ezetimibe e tem indicação para repetir análises. Em Abril por persistir colestase hepática efectua serologias viricas (hepatite A, B e C) que são negativas. Por agravamento franco dos parâmetros de colestase, interpretado como iatrogenia terapêutica, em Julho, suspende sinvastatina/ezetimibe e inicia fenofibrato. Em Setembro por hiperbilirrubinémia colestática não obstrutiva, após contacto do médico assistente, é internada para investigação etiológica. No internamento, do estudo complementar, salienta-se: tomografia abdominopélvica com presença de sinais incipientes de hepatopatia crónica e estudo imunológico positivo para anticorpos anti-mitocondriais (AMA) e anticorpos antinucleares (ANA). Correlação clinico-laboratorial compatível com CBP, tendo iniciado ácido ursodexocicolico (AUDC) e colestiramina. Seguimento em consulta de medicina para controlo sintomático, rastreio e prevenção de complicações. A identificação precoce de CBP é crucial, pois o tratamento com AUDC retarda a progressão da doença e a necessidade de transplantação hepática.

PO-12-33

LESÃO HEPATOCELULAR AGUDA: VIRUS DA HEPATITE E OU LISTERIA MONOCYTOGENES? – UM CASO CLÍNICO

Carolina Cabo, Ana Carlos Bento, Isabel Domingues, Jorge Leitão, Lèlita Santos, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

Introdução: A Listeria monocytogenes é um bacilo gram-positivo que se transmite principalmente através de alimentos contaminados. O envolvimento hepático na Listeriose é raro, sendo descritos casos de abcessos hepáticos, hepatite granulomatosa ou disseminada. O vírus da hepatite E (VHE) é um vírus RNA, transmitido principalmente por via fecal-oral. Ocorre geralmente em surtos em zonas endémicas (Ásia Central, Médio Oriente, África e México), tendo sido recentemente descritos casos esporádicos em zonas não endémicas. Caso clínico: Mulher, 75 anos, com antecedentes de fístula bilioduodenal e aerobilia, recorre ao hospital por astenia com uma semana de evolução. Sem noção de febre, icterícia, alterações urinárias, toma recente de medicamentos ou produtos de ervanária, transfusões de sangue, injecções parentéricas nos últimos seis meses ou contactos recentes com doentes ictéricos. Ao exame objetivo apresentava-se febril (temperatura auricular: 39°C) e ictérica. Sem dor abdominal, hepatomegalia, sinais meníngeos ou outros. Analiticamente com elevação marcada das aminotransferases e em menor grau dos parâmetros de colestase (AST 3307 U/L, ALT 5319 U/L, FA 397 U/L, GGT 272 U/L, Bilirrubina total 4,8 mg/dL), sem elevação significativa dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 4,4*10^9/L e PCR 2,76 mg/dL). O valor das aminotransferases duplicou nos primeiros dias de internamento. A ecografia abdominal e ressonância magnética hepática mostraram aerobilia nas vias biliar principal e intra-hepáticas (sobreponível a exames anteriores). As hemoculturas positivaram para Listeria monocytogenes e tinha IgG VHE positiva com IgM inicialmente duvidosa e depois negativa e RNA-VHE indetectável. A doente realizou inicialmente terapêutica empírica com doxicilina durante 10 dias (até confirmação serológica), ampicilina durante 20 dias em regime de internamento e amoxicilina 10 dias em ambulatório com resolução total do quadro clínico e laboratorial.

PO-12-34

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA ASSOCIADA AO USO DE AMIODARONA PARENTÉRICA

Ana Carolina Ferreira, Vanessa Barcelos, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

A amiodarona é um antiarrítmico de uso comum nas taquidisritmias. Os efeitos adversos da forma oral estão bem descritos, sendo a hepatotoxicidade assintomática frequente nas terapêuticas prolongadas. O compromisso funcional hepático é raro com as formas parentéricas. Os autores relatam dois casos de insuficiência hepática aguda após uso de amiodarona intravenosa (IV) no Serviço de Urgência (SU): homens, (A) com 75anos e bronquite crónica que recorreu ao SU por dispneia e febre e (B) com 69anos, hipertenso, com queixas de palpitações. No eletrocardiograma de ambos, objetivou-se fibrilhação auricular com reposta ventricular rápida. Foi instituída amiodarona IV: bólus de 300mg (15mg/minuto), seguido de manutenção na dose de 0,5mg/minuto. O estudo laboratorial inicial não apresentava alterações relevantes; em avaliações posteriores, objetivou-se padrão de citocolestase em crescendo (instalação média 12horas) - elevação das transaminases, fosfatase alcalina, gamaglutamiltransferase e desidrogenase láctica com hiperbilirrubinémia e prolongamento dos tempos de coagulação e INR. Verificou-se também lesão renal aguda, acidose metabólica e hiperlactacidémia. Assumindo-se hepatite aguda de causa farmacológica, a amiodarona IV foi descontinuada; (A) permaneceu hemodinamicamente estável e assintomático, sendo internado no Serviço de Medicina Interna; (B) apresentou insuficiência respiratória por

pneumonia grave e foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos. As alterações hepáticas de ambos normalizaram 8 dias após a suspensão do fármaco. O mecanismo de lesão hepática permanece controverso, acreditando-se existir sobreposição de processo de isquémia de órgão com toxicidade direta por qualquer dos excipientes da forma farmacêutica. Assim, outras etiologias deverão ser consideradas (nestes doentes, as serologias virais foram negativas e o estudo imagiológico excluiu causas obstrutivas) e perante suspeita de toxicidade, o uso do fármaco deve ser descontinuado indefinidamente.

PO-12-35

NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS

Ana Abreu Nunes, João Pinto Machado, Joana Silva Marques, Juliana Pinho, João Ribeiro, Sofia Martins, Nuno Monteiro, Marta Mós, Luis Costa Matos, Eurico Oliveira, João Carlos Alexandre, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU

Doente do sexo feminino, com 47 anos, sem antecedentes de relevo. Enviada do médico assistente por alterações das enzimas de colestase hepática e prurido. Sem história de consumo de álcool, drogas ou substâncias hepatotóxicas. Analiticamente com elevação das enzimas de cito-colestase hepática, hipercolesterolémia, hipertrigliceridemia; ANA´s e anticorpos anti-mitocondriais M2 positivos, restante autoimunidade negativa, serologias víricas negativas. Restante estudo complementar negativo. Ecografia abdominal mostrava fígado heterogéneo, sem imagens nodulares, sem sinais de colestase intra ou extra hepática, sem outras alterações Evidência de hipotiroidismo subclínico, pelo que realizou ecografia da tiroide que mostrou redução do tamanho, estrutura heterogénea e hipoecogenica, analiticamente autoimunidade positiva a favor de tiroidite auto-imune. Iniciou levotiroxina, com normalização das enzimas tiroideias. Iniciou ácido ursodesoxicólico, sem evidência de melhoria do prurido, pelo que se associou colestiramina. Ajuste progressivo e optimização de dose, com melhoria das queixas, mas analiticamente manteve aumento das enzimas de cito-colestase. Pela suspeita de síndrome de sobreposição realizou biópsia hepática que mostrou características de hepatite auto-imune(HAI), pelo que iniciou prednisolona 1mg/kg. Por escassa resposta analítica e surgimento de hiperglicemia, reduziu-se a dose de prednisolona para 0,5mg/Kg e associou-se Azatioprina na dose de 50mg. O síndrome de sobreposição caracteriza-se pela presença de critérios clínicos, laboratoriais e histológicos de diferentes distúrbios hepáticos autoimunes em simultâneo. A prevalência de síndrome de sobreposição de cirrose biliar primária(CBP)e hepatite autoimune(HAI)é aproximadamente de 10%; e está associado a quadro clinico mais grave e pior prognóstico. Está ainda associado a outras doenças auto-imunes, especialmente tiroidite auto-imune, como se apresenta neste caso.

PO-12-36

HEPATITE AGUDA VÍRICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Elisabete Bento Guerreiro1, Patrícia Santos2, Paula Moura Santos2, Fátima Serejo2, José Velosa2.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, HOSPITAL DE SANTA MARIA - 1.SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Os testes serológicos são frequentemente o único meio para o diagnóstico de hepatites víricas, no entanto a possibilidade de reacções cruzadas e testes falsamente positivos produzem erros diagnósticos, devendo o clínico estar alertado para essa situação. Os autores descrevem o caso de um doente de 53 anos, caucasóide, com antecedentes de cardiopatia isquémica, hipercolesterolémia e hábitos alcoólicos ocasionais. O doente foi referenciado ao Serviço de Urgência por elevação das enzimas de lesão hepática, apresentando-se contudo assintomático. Foi internado no Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia para investigação e à admissão verificou-se um padrão laboratorial de citocolestase hepática com AST 1490U/L, ALT 790U/L, GGT 519 U/L, bilirrubina total 0,6mg/dL e LDH 883U/L, e ecograficamente fígado de dimensões aumentadas, com marcada hiperecogenecidade e heterogeneidade do parênquima com contornos regulares, sem dilatação das vias biliares. Salienta-se o facto do doente estar medicado desde há 21 dias com telmisartan e rosuvastatina e viajar frequentemente para Angola. Perante estes dados, colocaram-se como hipóteses diagnósticas hepatotoxicidade associada à rosuvastatina e/ou telmisartan e hepatite aguda viral. Do estudo serológico realizado constatou-se VHA IgG/IgM +/+ e VHE IgG-/IgM+, mas RNA VHE indetectável. Clinicamente observou-se uma evolução inicial assintomática com concomitante subida de enzimas de lesão hepática e posteriormente uma melhoria laboratorial, mas com quadro constitucional caracterizado por astenia, anorexia febre e icterícia. Assumiu-se o diagnóstico de hepatite A aguda e o doente teve alta, apresentando regressão da sintomatologia e boa evolução laboratorial. Este caso alerta para a presença de reações cruzadas de testes serológicos, sendo fundamental a confirmação por carga viral da suposta infeção vírica. Por outro lado, a apresentação clínica bimodal deste caso é um exemplo pouco frequente da evolução clínica da hepatite A.

PO-12-37

HEPATITE DE CAUSA INCOMUM

José Jácome, Bernardo Ferreira, Catarina Frias, Valentyna Kryvonos, Graça Martins, Conceição Loureiro, José A. Malhado
HOSPITAL CURRY CABRAL - CHLC

Apresenta-se o caso de uma mulher de 35 anos, asiática que foi observada em Consulta Externa de Medicina em Outubro de 2015 após duas idas ao SU na semana anterior por quadro com cerca de 3 semanas de evolução caracterizado por náuseas, vómitos e fezes por vezes acólicas. Como antecedentes a destacar hipertensão arterial, anteriormente controlada com enalapril, mas alterada dois meses antes para alfametildopa, pelo desejo de engravidar, e que tinha sido suspensa na ultima observação. Da avaliação analítica realizada nos episódios de urgência destacavam-se hiperbilirrubinémia com Bilirrubina total 6.37»7.41mg/dl, Bilirrubina direta 4.55»5.03 mg/dl, padrão citocolestático de predomínio de citólise AST 456»478 U/L, ALT 552»448 U/L, GGT 86»86 U/L, FA 247»239 U/L, LDH 369 U/L, sem outras alterações nomeadamente INR, albumina e função renal. Realizou ainda ecografia abdominal que também não revelou alterações. Optou-se pelo internamento para esclarecimento do quadro. Durante o internamento objetivou-se franca melhoria clínica sem terapêutica dirigida, assim como ligeira melhoria analítica nas provas hepáticas, mantendo-se estas elevadas. Foi excluída causa infeciosa e auto-imune. Teve alta enviada à consulta uma semana mais tarde, tendo realizado reavaliação analítica que demonstrava evolução lenta mas positiva das alterações analíticas. Assumiu-se quadro de toxicidade hepática secundária à terapêutica com alfametildopa, quadro pouco comum, mas já descrito, podendo mesmo despoletar quadros de pré-eclampsia na gravidez. A melhoria lenta após suspensão do fármaco é também característica, podendo levar vários meses até à normalização das provas hepáticas.

PO-12-39

NEM TUDO O QUE PARECE, É – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNINO DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA TÓXICA

Joana Ferreira, Fernando Esculcas, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA/GUIMARÃES - MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, com 54 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação crónica, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de vómitos aquosos e dejecções de fezes líquidas, após a ingestão de cogumelos selvagens. Analiticamente, apresentava disfunção hepatocelular com agravamento considerável nos primeiros dois dias, com TGO 2367UI/L (N 15-37UI/L) e TGP 3012UI/L (N 30-65UI/L), DHL 2221UI/L (N 84-246UI/L), bilirrubina total 3.00mg/dL (N 0.2-1.0mg/dL) e bilirrubina directa 0.6mg/dL (N 0.0-0.2mg/dL), e coagulopatia com tempo de protrombina de 19.4 segundos (N 9.4-12.5segundos). Foi internada por insuficiência hepática aguda no contexto de intoxicação por Amanita phalloides. Esta é uma espécie de cogumelo altamente venenosa, com elevada toxicidade, que pertence ao grupo de espécies mais perigosas, responsáveis por cerca de 90% dos casos fatais de envenenamento por cogumelos. A doente cumpriu terapêutica com penicilina G e N-acetilcisteina, com resolução do quadro. De referir

PO-12-40

ESTEATO-HEPATITE AGUDA – O RETRATO DE UMA HEPATITE AGUDA EM CRÓNICA ALCOÓLICA

Ana Vigário, Tomás Fonseca, Catarina Mendonça, Francisca Costa, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O termo clínico acute-on-chronic liver failure (ACLF) é há muito reconhecido mas apenas consensual desde 2013. A inflamação hepática desregulada é o principal precipitador desta entidade sendo a etiologia alcoólica a mais frequente entre as causas não infecciosas. A evolução é quase sempre rápida e pode cursar com falência multiorgânica, com mortalidade elevada (50-90%) e necessidade de transplante hepático. Os autores trazem um caso de um homem de 56 anos com etilismo crónico (~200g de alcool/dia) e epilepsia secundária, trazido ao Serviço de Urgência por astenia e queda da própria altura. Objetivamente com tremores, desorientação temporo-espacial, icterícia, edemas periféricos, contratura de Dupuytren e rarefação pilosa. Analiticamente com hiperbilirrubinemia conjugada, citocolestase hepática de predomínio colestático, hipoalbuminemia, prolongamento de TP e elevação de INR; síndrome inflamatório sistémico sem evidência de infecção e trombocitopenia e anemia ligeiras. Ascite de médio volume sem peritonite bacteriana espontânea. Excluída obstrução da via biliar, infecção por vírus hepatotrópicos e lesões ocupantes de espaço hepáticas. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Quadro de insuficiência hepática grave com MELD 22 e Maddrey 54 tendo iniciado corticoterapia sem resposta clínica, e posteriormente pentoxifilina com evolução clinica paulatinamente favorável. Biópsia hepática transjugular com histologia a favor de hepatite aguda alcoólica. A falência hepática pode apresentar-se como doença aguda, descompensação de doença crónica ou insuficiência aguda em doença crónica (ACLF), sendo a biópsia hepática fundamental no reconhecimento destas entidades. Os autores pretendem salientar a importância do reconhecimento precoce destas entidades no processo de orientação terapêutica.

PO-12-42

CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA E TIROIDITE AUTO-IMUNE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Pinto, Joel Pinto, Marta Oliveira, Pedro Silva Neto, Dulcídia Sá, Rosa Jorge
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA | SERVIÇO DE MEDICINA II

INTRODUÇÃO: A Cirrose Biliar Primária (CBP) é uma doença hepática imune, colestática, com progressão habitualmente lenta. Afeta predominantemente mulheres com idade superior a 40 anos e resulta da interação de fatores genéticos e ambientais que induzem fenómenos de colangite crónica dos ductos biliares intra-hepáticos de pequeno/médio calibre com destruição imuno-mediada dos mesmos. Até 20% dos doentes apresenta simultaneamente outra doença auto-imune (nomeadamente tiroidite) e em cerca de 10% dos casos surgem simultaneamente critérios de hepatite auto-imune - síndrome de sobreposição. CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 51 anos, com história de hipotiroidismo, asma e fumadora 30UMA. Enviada para a Consulta Externa (CE) de Medicina Interna (MI) por elevação das enzimas de colestase. Doente com queixas de astenia marcada, sem prurido, icterícia, dor abdominal, ou outras queixas. Analiticamente com elevação das enzimas de colestase hepática (FA 230U/L e γ-GT 520U/L), dos anticorpos anti-tiroglobulina (112U/mL), anti-peroxidase (>1300U/mL) e anti-mitocôndria (1/640). Realizada Ecografia (ECO) Tiroideia que revelou dois nódulos colóides e ECO Abdominal que não mostrou alterações de relevo. Realizada biópsia hepática percutânea (PE) cuja histologia revelou: "(…) infiltrado portal polimórfico com linfócitos, plasmócitos e raros neutrófilos com dano ductal focal ligeiro. Fibrose portal de intensidade ligeira. Lesões necroinflamatórias intralobulares discretas. Presença de um esboço de granuloma (…)". CONCLUSÃO: Sem tratamento, a CBP pode evoluir para cirrose e insuficiência hepática num período de 10 a 20 anos. O ácido ursodesoxicólico (UDCA) é atualmente o único fármaco aprovado para o tratamento desta entidade, sendo que na sua falência poderão ser equacionadas terapêuticas adjuvantes e/ou transplantação hepática. Neste caso, foi iniciado tratamento com UDCA 500mg 2id, mantendo-se a doente clinicamente estável, em vigilância regular na CE de MI.

PO-12-43

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROMA DE SOBREPOSIÇÃO DE HEPATITE TÓXICA E CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA

Mónica Teixeira, Juliana Pinho, Sara Macedo, Andreia Correia, Eugénia Cancela , António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico: Mulher, 46 anos, sem antecedentes relevantes, medicada habitualmente com anticoncepcional oral, com quadro de lombalgia sob terapêutica com etoricoxib 90mg id e metamizol 575mg 3id de forma continuada durante 10 dias. Nos últimos 5 dias associou 6 comprimidos por dia de paracetamol+ tiocolquicosido 500mg+2mg. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de anorexia e dor abdominal, tendo tido alta com o diagnóstico de hepatite tóxica, com indicação para suspender esses fármacos e agendada reavaliação posterior. Recorreu novamente à urgência com quadro de náuseas, anorexia e dor abdominal. Noção de icterícia progressiva da pele e escleróticas, sem outras queixas associadas. Consumo de chá de " erva- príncipe" e cidreira diariamente. Sem história de consumo de álcool ou outros hepatotóxicos alimentares, viagens ou contactos de risco. À admissão com estabilidade hemodinâmica, icterícia marcada, citólise hepática e coagulopatia. Ecografia abdominal com doppler normal. Iniciou perfusão de acetilcisteína e ficou internada para estudo de hepatite aguda (MELD 13). O estudo complementar revelou IgA aumentada, IgG normal, ANA positivo (padrão granular- 1/2560), anti- SP100 e anti- PML +. Histologia hepática: hepatite aguda (potencialmente enquadrada em hepatite tóxica), aparentemente enxertada em hepatopatia crónica. Durante internamento apresentou melhoria sintomática, inicialmente com agravamento do quadro de colestase, com descida progressiva das transaminases. Iniciou ácido ursodesoxicólico com melhoria analítica progressiva. Conclusão: Apresenta-se um caso de hepatite aguda, inicialmente atribuível a toxicidade medicamentosa, atendendo a toma recente de analgésicos e AINES e ao rápido desenvolvimento de insuficiência hepática aguda, considerando-se actualmente a hipótese de síndroma de sobreposição com cirrose biliar primária.

PO-12-44

HEPATITE AGUDA – CASO CLÍNICO DE REAÇÃO IDIOSSINCRÁTICA A CARBAMAZEPINA

Hélio Martins, Magda Fernandes, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA GUIOMARÃES - MEDICINA INTERNA

Mulher, 63 anos, autónoma, seguida em consulta externa de Neurologia para estudo de síncopes de repetição, medicada há 2 meses com carbamazepina 200mg de 12/12h por suspeita de epilepsia. Dirigiu-se ao nosso Serviço de Urgência por icterícia com 4 dias de evolução acompanhada de 15 dias de colúria e acolia fecal. Sem outras queixas. Na admissão apresentava bilirrubina total (BT) de 17.1mg/dL com bilirrubina direta (BD) de 18.4mg/dL, Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO) 1215 UI/L e Transaminase Gultâmico Pirúvica (TGP) 1834 UI/L. Realizou tomografia abdominal que não mostrava dilatação da via biliar, no entanto, ficando internada com a Cirurgia Geral por "icterícia obstrutiva" medicada com Carbamazepina 200mg 8/8h. Doente refere que dois anos antes já tinha feito terapêutica com carbamazepina durante 6 meses. Pesquisa de marcadores serológicos de hepatite A, B, C e E, vírus imunodeficiência humana 1 e 2 negativos. Por agravamento analítico progressivo, com pico máximo de BT: 25mg/dL e BD: 18.4mg/dL e ausência de sinais de obstrução em colângio ressonância e ecografia abdominal, foi pedida colaboração de Medicina Interna. Por suspeita de reação idiossincrática o fármaco foi suspenso. Foi realizada biópsia hepática com retalho a mostrar "Fígado com lesões de hepatite aguda, com necrose hepatocelular grave e colestase, compatíveis com etiologia tóxica e com o fármaco carbamazepina." Após suspensão do fármaco, melhoria progressiva dos parâmetros analíticos. Durante todo o internamento doente com icterícia mucocutânea mas sem outras alterações ao exame objetivo. Teve alta encaminhada para a Consulta Externa de Medicina Interna. Um mês após alta apresenta apenas discreta elevação de TGO, TGP e BT e BD. Sem queixas e sem alterações ao exame objetivo.

PO-12-45

NO ENCALÇO DA CAUSA DA HEPATITE AGUDA

Rita Tourais Martins, Maria José Alves, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso de homem de 64 anos, com HTA, Síndrome depressivo, Síndrome vertiginoso e SAOS. Medicado com Lisinopril, Citalopram, Carvedilol e Beta-histina. Referia cansaço e desconforto abdominal no epigastro e hipocôndrio direito com 1mês de evolução(iniciara toma de pantoprazol, sem melhoria) associado a anorexia, icterícia e colúria. Sem hábitos etanólicos, toxicofilicos ou ingesta de chás, produtos de ervanária ou cogumelos silvestres. Clinicamente com escleróticas ictéricas, sem sinais de insuficiência hepática ou doença hepática crónica.Analiticamente com elevação de transaminases e GGT(>10vezes o valor normal), hiperbilirrubinémia, TP prolongado, hipoalbuminémia e aumento de triglicéridos. Internado para estudo de hepatite aguda. A ecografia abdominal e TC abdominopélvica mostraram apenas esteatose hepática. As serologias viras foram negativas, à excepção do CMV (IgM e IgG positivos), causa rara de hepatite em doentes imunocompetentes. Realizado estudo auto-imune, que revelou ANAs(1/640, fino granular), AMA(1/100) e anticorpo anti-M2 positivos e elevação de imunoglobulinas(IgG 2140, IgM 227 e IgA 452mg/dL). Dada a hipótese de Hepatite a CMV concomitante a Cirrose biliar primária, realizou biopsia hepática que revelou hepatite de interface com envolvimento dos lóbulos e lesão de ductos, podendo corresponder a síndrome de sobreposição (cirrose biliar primária e hepatite autoimune) e foi negativa para CMV (mas não permite excluir hepatite a CMV dado contexto de imunocompetência). Iniciado ácido ursodesoxicólico, com melhoria clínica e analítica. Repetiu a posteriori serologia para CMV (IgM negativa e IgG positivo), assim como estudo auto-imune (sobreponível). Este caso de Síndrome de sobreposição e provável Hepatite a CMV é exemplo da possível complexidade etiológica da Hepatite aguda e ressalva a importância de, perante um quadro de hepatite aguda, ponderar as múltiplas etiologias possíveis para para uma posterior abordagem terapêutica adequada.

PO-12-46

PATOLOGIA ORGÂNICA MASCARADA COM SINTOMATOLOGIA CONVERSIVA

Maria João Serpa, José Francisco Júnior, Susana Franco, Paula Peixinho, Vera Silveira, Olga Pereira, João Pinto, Teresa Padrão, Claúdia Meireles, Catarina Gouveia, Vasco Evangelista, Raquel Almeida, Cristiana Gonçalves, Andreia Carlos, Sandra Simões, Antó
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Doente do sexo feminino, 89 anos, Barthel 70, Katz E, Lawton 0, FAC 4, Pfeiffer 5, GDS 2, residente no domicilio com a filha. História de hipertensão arterial essencial, dislipidémia, obesidade, cardiopatia isquémica e hipocoagulação por prótese mecânica aórtica por estenose degenerativa e fibrilhação auricular permanente, acidentes isquémicos transitórios, doença renal crónica estadio 3, crises parciais complexas, tumor mesenquimal pulmonar benigno, anemia ferropénica, bócio multinodular normofuncionante, espondilartrose lombar com estenose degenerativa do canal, lombalgia e lombociatalgia, episódios conversivos e ansiedade. Polimedicada e com múltiplas alergias medicamentosas. No ano prévio tivera 6 internamentos, 25 presenças no Serviço de Urgência e 66 observações no Médico de Família por dor generalizada, com seguimento em numerosas consultas. Internada por lombalgia, refractária a analgesia, e deterioração funcional, com imagem lítica em radiografia de coluna vertebral. Novos episódios de crises parciais complexas (já medicada com valproato) motivaram observação por neurologista que interpretou como somatizações, e estridor decorrente de bócio multinodular com componente endotorácico com estreitamento da luz traqueal ligeiro mas não justificativo da clínica apresentada. Houve isolamento de Enterococcus faecalis em 2 hemoculturas. A tomografia computorizada de corpo espondilodiscite com envolvimento de ambos os músculos psoas. O ecocardiograma transesofágico revelou endocardite da válvula aórtica protésica. Foi medicada com ampicilina e ceftriaxone durante 6 semanas, com melhoria sintomática, sem novas aparentes somatizações e com regressão do declínio funcional e cognitivo. Este caso pretende demonstrar que devemos estar alerta e contrariar a tendência para subestimar a sintomatologia dos doentes com patologia psiquiátrica e realizar o estudo etiológico apropriado.

PO-12-47

TEMPO DE ESTADIA DO IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Pedro Oliveira, Beatriz Frutuoso, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Com o envelhecimento da população, prevê-se mais doentes idosos a recorrer ao Serviço de Urgência (SU. Neste estudo pretendemos avaliar o tempo de estadia do Idoso num Serviço de Urgência Polivalente, a sua triagem e orientação. Realizamos um estudo retrospetivo, numa amostra aleatória simples correspondendo a 14% de todos os doentes admitidos durante um mês num Serviço de Urgência Polivalente para adultos, sendo excluída a Urgência Obstétrica, correspondendo a 1252 de 8872 episódios. Foram recolhidos dados demográficos, triagem de Manchester, especialidades envolvidas na avaliação do doente e tempo de estadia no SU. O tratamento estatístico foi elaborado usando SPSS® versão 23, usando os testes de Qui-quadrado e os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparação de medianas. Nesta amostra, 53% correspondiam a doentes do sexo feminino, com idade média de 53,9 anos, sendo que 32,4% eram idosos (≥ 65 anos). A mediana do tempo de estadia no SU foi de 215 minutos. A prioridade atribuída pela triagem mais frequente foi o amarelo (59,3%), seguido do verde (23,8%). A especialidade a observar o doente pela primeira vez, mais frequentemente, foi a Medicina Geral e Familiar (30,2%), seguida da Medicina Interna (25,3%). Verificamos que a mediana do tempo de estadia do idoso no SU era superior (271 vs 188 minutos) (p<0,001). O tempo de estadia no SU era superior quando lhes era atribuído a prioridade Laranja (mediana: 267 minutos (não idosos) e 418 minutos (idosos)) (p<0,001). A atribuição de prioridades apresentava diferença entre os grupos, sendo superior nos idosos (p<0,001). Verificamos que nos doentes com menos de 65 anos, a especialidade atribuída pela triagem era a MGF, nos idosos a especialidade era a Medicina Interna (p<0,001). Os doentes idosos tinham maior probabilidade de serem internados (p<0,001). Assim, o doente idoso apresenta maior tempo de permanência no SU, triagem mais prioritária, precisando de cuidados mais diferenciados.

PO-12-48

CARACTERIZAÇÃO DOS NONAGENÁRIOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Hugo Antunes, Angela Mota, Miguel Correia, Júlio Pereira, Luis Abreu, Bruno Marmelo, Costa Cabral
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA E SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia frequente e com incidência crescente dado o envelhecimento da população, sendo que as faixas etárias mais velhas não se encontram claramente caracterizadas. Objectivos: Caracterizar os doentes nonagenários com IC e compará-los com as faixas etárias mais novas. Métodos: Foram avaliados retrospectivamente todos os internamentos por IC de um único centro, num período de 6 anos. Dividiram-se os doentes em 2 grupos de acordo com a idade: Grupo 1 (≥90 anos) e Grupo 2 (<90 anos). Foram avaliados vários parâmetros clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos, bem como as complicações no internamento e a mortalidade intra-hospitalar. Resultados: No período em análise, foram registados 1006 doentes que cumpriam os critérios de inclusão, 936 doentes no Grupo 1 e 70 doentes no Grupo 2. No grupo 1, predomínio do sexo masculino, 76,15±9,65 anos com duração média de internamento 8,75±6,51 dias, sendo a maioria dos internamentos por IC crónica descompensada (78,9%). Na faixa etária mais velha, predomínio do sexo feminino, com duração média de internamento 7,30±3,98 dias e 75,7% dos internamentos por IC crónica descompensada. O BNP na admissão foi de cerca de 850 pg/ml em ambos os grupos. 73,2% dos nonagenários tinham FE≥50% em comparação com apenas 51,8% no outro grupo. A complicação mais comum em ambos os grupos foi a lesão renal aguda (18,0% vs e 24,3%), sendo que a mortalidade intra-hospitalar foi de 6,4% nos Grupo 1 e de 12,9% nos nonagenários. Conclusão: Como seria expectável, a mortalidade foi superior nos nonagenários, no entanto, este estudo mostrou que

o tempo de internamento nestes doentes foi inferior à dos doentes em faixas etárias mais jovens, sendo que as complicações no internamento não foram significativamente diferentes nos dois grupos. Verificou-se, ainda, que os nonagenários têm predominantemente IC com FE preservada. Esta população continua a necessitar de melhor caracterização com estudos adicionais

PO-12-49

PREVALÊNCIA E PAPEL PROGNÓSTICO DOS DESEQUILÍBRIOS HIDROELECTROLÍTICOS NO DOENTE MUITO IDOSO

João Bicho Augusto, Sara Vilas-Bôas, Ana Corte-Real, Pedro Lopes, Nuno Bragança
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Introdução: A polimedicação e a diversidade de patologias no doente muito idoso fazem deste um doente suscetível a vários distúrbios eletrolíticos A hipernatremia e a hiponatremia constituem as anomalias eletrolíticas mais comuns neste grupo e estudos prévios mostraram a sua associação com uma maior mortalidade. Objetivo: Avaliar a prevalência de desequilíbrios eletrolíticos no doente muito idoso e qual o impacto prognóstico destas alterações. Métodos: Registo retrospetivo e unicêntrico de doentes consecutivamente admitidos em camas de uma equipa de Medicina Interna num hospital de uma área urbana durante um período de 9 meses. Apuraram-se caraterísticas demográficas, clínicas (diagnóstico de admissão) e analíticas – alterações iónicas do sódio, potássio, magnésio, fosfato e cálcio. Definiu-se doente muito idoso como idade ≥85anos. Resultados: Incluíram-se no total 138 doentes (média de idades 70.1 ± 17.0 anos, 39.1% do sexo masculino), 25 dos quais muito idosos (89.2 ± 2.5 anos, 24.0% sexo masculino). Os doentes muito idosos apresentaram uma prevalência significativamente superior de hipercaliemia (24.0% vs 7.1%; p=0.021), de hipocalcemia (8.0% vs 0.0%; p=0.032) e de hipomagnesemia (52.0% vs 29.2%; p=0.036). Nos doentes muito idosos a análise por regressão logística univariável identificou a hiponatremia (p=0.036) e a hipofosfatemia (p=0.019) como preditores de mortalidade. A fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida (FA RVR) constituiu o diagnóstico mais frequente nos muito idosos com hiponatremia (p=0.020) e com hipofosfatemia (p=0.010). Conclusões: Apesar da hipercaliemia, hipocalcemia e hipomagnesemia constituírem anomalias eletrolíticas comuns no doente muito idoso, apenas a hiponatremia e a hipofosfatemia se associaram a maior mortalidade. Estes dois últimos distúrbios ocorreram com frequência em doentes com FA RVR, justificando-se um controlo mais intensivo destas condições neste subgrupo.

PO-12-50

DESAFIO DA LONGEVIDADE: CASUISTICA DOS IDOSOS COM MAIS DE 90 ANOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Isa Silva, Magda Faria, João Bicudo Melo, Sofia Rodrigues, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: Conforme dados do Eurostat® (2015), Portugal apresenta um elevado índice de envelhecimento (133,5‰), facto que se repercute nos internamentos dos Serviços de Medicina Interna (SMI). É premente que os profissionais de saúde estejam habilitados para lidar com as idiossincrasias e necessidades do doente muito idoso (DMI). Pretende-se caracterizar os idosos com mais de 90 anos internados nos SMI. MÉTODOS: Análise retrospetiva e descritiva dos idosos com idade superior a 90 anos internados no SMI no 4º trimestre de 2014. Avaliaram-se características demográficas, grau de dependência funcional, antecedentes pessoais, mortalidade intra-hospitalar, tempo médio de internamento, proveniência e destino na alta, bem como número de internamentos nos 12 meses anteriores. RESULTADOS: A amostra (n=118) correspondeu a 12% dos internamentos totais no SMI naquele período. A maioria (67,8%) dos idosos são mulheres entre os 90 e 100 anos (idade média=92,9 anos) e oriundos do domicílio. Em média, os DMI estavam medicados em ambulatório, com 7 fármacos. A partir do Índice de Barthel aferiu-se que a maioria apresentava um grau de dependência total. As comorbilidades mais prevalentes foram hipertensão arterial (71,2%), insuficiência cardíaca (45,8%), demência (35,6%) e doença coronária (30,5%). A maioria dos DMI tinha alterações nos estudos analíticos de admissão (anemia, alteração de função renal, marcadores de inflamação aumentados). O tempo médio de internamento foi de 8,3 dias. A taxa de mortalidade verificada foi de 28,8%. CONCLUSÕES: Atendendo às especificidades estatísticas encontradas neste estudo descritivo torna-se necessária a reflexão e adequação da prática clínica às necessidades do DMI dada a prevalência crescente desta subpopulação. É indispensável continuar o exercício de sensibilização dos profissionais de saúde para os desafios impostos pela longevidade crescente.

PO-12-51

INTERNAMENTOS A 10 ANOS POR PNEUMONIA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Rúben Rodrigues, Ana Margarida Antunes, Francisco Guilherme Magalhães, Inês Rego Figueiredo, Sara Guerreiro Castro, Heidi Gruner, António Panarra
CHLC - HOSPITAL DE CURRY CABRAL, S.MEDICINA 7.2

Introdução: A infeção a Streptococcus pneumoniae é uma causa importante de morbi- mortalidade especialmente na população idosa com comorbilidades e uma das principais causas de pneumonias (> 50%) e meningites bacterianas. Objetivo: Avaliar o impacto das comorbilidades e idade no tempo de internamento dos doentes internados por pneumonia a streptococus. Material e Métodos: Estudo retrospetivo e descritivo dos processos de doentes internados em hospital terciário por Pneumonia Streptococcus (ICD9) de 2005 a 2015. Avaliados segundo 3 grupos etários de A: <65 anos; B:65-85 e C: >85anos de acordo com o género, Score de Charlston (SC) de co-morbilidades e tempo de internamento. Resultados: Dos 501 doentes, 338 eram homens, idade média 63,9 anos, tempo de internamento médio: 13,65 dias (excluindo 10 doentes ≥50 dias), SC médio de 3,8. A co-morbilidade mais frequente foi o HIV (19,97%) e a Diabetes (16, 17%). Quanto à distribuição por grupos, verificou-se no GrpA:238, GrpB:179 e GrpC:84 doentes. Eram do sexo masculino GrpA:68,5%, GrpB:68,3% e GrpC:61,9%. O SC era de GrpA:2,47 GrpB:4,5 e GrpC:4,78. A demora média foi de Grp A13,9, GrpB13,5 e GrpC13,2 dias. Discussão: A Infecção a Streptococcus pneumoniae é prevenível por vacinação já implementada nos >65 anos e em doentes de risco pela Direção Geral de Saúde, os dados neste estudo apoiam esta decisão recente. Nesta pequena amostra houve um predomínio de doentes do sexo masculino (67,5%), dos quais metade(47,5%) com menos de 65 anos e com predomínio de fatores de risco nomeadamente o HIV e a Diabetes. A demora média não parece ser influenciada pela idade ou pelo SC, mas nos doentes com HIV e Diabetes a demora média foi superior, respectivamente de 17,6 e 15,4 dias.

PO-12-53

MEDICAÇÃO HABITUAL EM IDOSOS – UMA INFORMAÇÃO AINDA NEGLIGENCIADA NA HISTÓRIA CLÍNICA.

Geetha Girithari, Ines Coelho Santos, Marcia Kirzner
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO E.P.E. - HOSPITAL DE TORRES NOVAS, SERVIÇO MEDICINA 5

INTRODUÇÃO – Prescrever para idosos é um grande desafio, particularmente para os idosos que são admitidos para internamento por um episódio agudo. OBJECTIVO – Avaliar a informação sobre a medicação habitual dos idosos admitidos em um serviço de medicina. MÉTODO – Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo transversal. A informação sobre a medicação habitual foi obtida do relatório de alta hospitalar dos idosos admitidos no serviço de medicina. Essa informação foi classificada em "completa" (nome do medicamento, a dosagem e o número de tomas); "parcialmente incompleta" (nome do medicamento mais dosagem e ou número de tomas); "incompleta" (apenas o nome do medicamento); "sem informação". Foram analisados 80 (48 do sexo feminino e 32 do sexo masculino) relatórios de alta no período de Janeiro a Fevereiro de 2016. RESULTADOS- A informação sobre os medicamentos estava completa em apenas 32,5% (26); em cerca de 10%(8) dos relatórios não havia nenhuma informação acerca da medicação; e em 27%(22) constava apenas o nome do medicamento/substância. A informação completa foi observada em 46,87% (15/32) dos relatórios para o sexo masculino e em apenas 22,92% (11/48) para o sexo feminino. Em relação ao grupo etário 65-84

observou-se que em 21,62% (8/37) dos relatórios não havia nenhuma informação. No grupo etário dos mais idosos (85 anos e mais) todos apresentavam alguma informação sobre os medicamentos, estando a informação incompleta em 32,56% (14/43). Não foi encontrada diferenças significativas em relação a taxa de mortalidade e a demora média quando comparado o grupo com informação completa e o grupo com informação incompleta mais o grupo sem informação. CONCLUSÃO - Para a amostra estuda, a coleta de informação acerca da medicação habitual nos idosos necessita de ser melhorada. Parece haver diferenças em relação ao sexo, existindo melhor informação para os idosos do sexo masculino.

PO-12-54

POLIFARMÁCIA E O USO DE BENZODIAZEPINAS, ANTIDEPRESSIVOS E ANTIPSICÓTICOS EM IDOSOS.

Geetha Girithari, Ines Coelho Santos, Marcia Kirzner
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO E.P.E. - HOSPITAL DE TORRES NOVAS, SERVIÇO MEDICINA 5

INTRODUÇÃO – A polifarmácia (uso de 6 ou mais medicamentos) está associada a um elevado risco de efeitos adversos, sendo a "doença iatrogénica" uma das mais comuns tratadas em idosos. OBJECTIVO – Estudar a medicação habitual dos idosos admitidos em um serviço de medicina. MÉTODO – Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo transversal. Foram analisados 80 relatórios de alta de idosos (32 do sexo masculino e 48 do sexo feminino) admitidos do serviço de urgência no serviço de medicina no período de Janeiro a Fevereiro de 2016. Cerca de 10% (8) dos relatórios não constava a medicação habitual. RESULTADOS – O número médio de medicamentos por idoso foi de 7,6 não havendo diferenças entre os géneros. Cerca de 2,5% (2) dos idosos não faziam uso de nenhuma medicação. A polifarmácia estava presente em 67,9% (53/78). Cerca de 28,2%(22) consumiam 10 ou + medicamentos ao dia. A prevalência do uso de benzodiazepinas foi 39,7%(31), de antidepressivos foi de 24,8%(13) e de antipsicóticos de 19,2%(15). O grupo que fazia uso de benzodiazepinas apresentou uma média de medicamentos superior (9,4), percentagem elevada de polifarmácia 77,4%(24); maior mortalidade 25,8%(8/31); maior prevalência do uso de antidepressivos 45,2%(14) e de antipsicóticos 35,5%(11) quando comparado com o grupo (47) que não fazia uso de benzodiazepinas. CONCLUSÃO - Os idosos apresentam um elevado consumo de medicamentos, em média 7,6, estando a polifarmácia presente em quase 70%. O uso de benzodiazepinas parece está associado a polifarmácia, a uma maior mortalidade, e um maior consumo de antidepressivos e antipsicóticos.

PO-12-55

PRESCREVER OU NÃO PRESCREVER – EIS A QUESTÃO.

Maria Margarida Luís, Sara Almeida Pinto, Fátima Seabra, Rafaela Veríssimo, Márcia Oliveira, Cláudia Rozeira, Agripino Oliveira, Vítor Paixão Dias.
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO, EPE.

INTRODUÇÃO. Numa população em que a iatrogenia assume papel preponderante, o rastreio de prescrições potencialmente deletérias no idoso tem implicações na prática clínica geriátrica diária. Assiste-se à premência de obviar ferramentas com esta finalidade. OBJECTIVO. Avaliar a atitude do médico prescritor face a ferramenta START/STOPP. MATERIAL/MÉTODOS. Estudo prospectivo, observacional e descritivo. Amostra: doentes geriátricos admitidos num internamento de Medicina Interna, durante o mês de Dezembro de 2015. Aferir prescrições inapropriadas e omissão de prescrições recomendadas no idoso pela ferramenta START/STOPP. Tratamento estatístico em SPSS® 23. RESULTADOS. Internados 223 doentes no período temporal considerado (48% homens; 52% mulheres) – maioria, doentes geriátricos, alvo da análise. Maioria dos erros: terapêutica farmacológica cardiovascular, por omissão de prescrição. Omissão de prescrição não justificada no processo. Terapêutica com estatina muitas vezes iniciada/continuada, não obstante baixo status funcional do doente e esperança de vida ser inferior a 5 anos. A terapêutica antiplaquetária é respeitada. Não se verifica duplicação terapêutica. Os antidepressivos são continuados se já terapêutica habitual do doente, sem análise de adequação. Alguns dos fármacos contra-indicados no Glaucoma são prescritos. Analgesia não registou falhas major. Não abordada obstipação crónica em listagem de problemas do doente. Omissão de prescrição de cálcio e vitamina D na osteoporose ocasional. Maioria das falhas detectadas cometidas por médicos internos. DISCUSSÃO/CONCLUSÕES: O erro de prescrição na população geriátrica é comum - mais frequente: omissão de prescrição. Admitimos que não se verifica duplicação terapêutica porque o sistema informático emite alerta, dando ao prescritor a possibilidade de alteração. Cremos que, em segunda fase do trabalho, haverá maior respeito pelos critérios, enquanto ferramenta correctora de prescrição, com eventual apoio informático.

OUTROS **LCD #12**

PO-12-58

TORACALGIA COM FALSA ELEVAÇÃO DE TROPONINA POR ANTICORPO HETERÓFILO.

Steeve Rosado, André Gordinho, Vera Silveira, Rui Valente, Yasmin Mamade, Célia Machado, Francisco Araújo, José Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução Os anticorpos heterófilos são anticorpos humanos dirigidos contra antigénios externos mal definidos, estando presentes em até 30% da população. A sua presença pode conduzir à falsa elevação de diversos testes laboratoriais, nomeadamente marcadores de necrose miocárdica, tumorais e endocrinológicos. A troponina, actual marcador de eleição no diagnóstico do enfarte agudo do miocárdio, é afectada pela presença destes anticorpos. Os autores apresentam um caso de troponina falsamente positiva por interferência laboratorial com um anticorpo heterófilo. Caso Clínico Uma mulher de 68 anos com história de dislipidémia e doença de Alzheimer que recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia anterior inespecífica e mau estar súbito. Laboratorialmente salientava-se elevação da troponina de 3.29mcg/L, com mioglobina normal (28mcg/L, ref 19-51mcg/L). O electrocardiograma revelava aplanamento das ondas T em V1-V2. Foi internada assumindo-se síndrome coronária aguda sem supra de ST, tendo permanecido assintomática, sem alterações ecocardiográficas e com níveis de troponina estáveis próximo de 3 mcg/L. Teve alta sem diagnóstico etiológico, regressando cerca de um mês depois por recorrência da toracalgia inespecífica. O doseamento revelou novo valor elevado de troponina. na ordem dos 3 mcg/L, com electrocardiograma normal. Foi solicitado ao laboratório novo doseamento de troponina utilizando diferente técnica com o intuito de excluir anticorpo heterófilo, e assim verificou-se doseamento de troponina negativo. Conclusão Resultados falsamente positivos, por presença de anticorpos heterófilos, podem conduzir a internamentos, exames complementares e terapêuticas com custos e riscos para os doentes. O seu conhecimento é fundamental na presença de alterações laboratoriais não concordantes com o quadro clínico ou electrocardiográfico, podendo a sua presença ser detectada com recurso a diferentes técnicas laboratoriais, baratas e de fácil execução.

PO-12-59

TOXICIDADE MULTISISTÉMICA A NITROFURANTOÍNA: UM CASO RARO

Francisca Godinho Oliveira, Ana Bento Rodrigues, Tiago Osório Petrucci, Laura Xavier Pereira, Cátia Albino, Carlos Machado e Costa
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1B

INTRODUÇÃO: A nitrofurantoína (NTF) é um antibiótico utilizado no tratamento e profilaxia das infeções do trato urinário (ITU). Apresenta efeitos adversos como toxicidade renal, hepática (0.035%), pulmonar (0.0009%) e medular. OBJETIVOS/MÉTODOS: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 85 anos, caucasóide, destacando-se os diagnósticos de doença renal crónica (DRC) estádio 5 em hemodiálise, diabetes tipo 2 e ITU recorrentes. Encontrava-se plurimedicada e efectuava profilaxia com NFT. Tinha alergia documentada a betalactâmicos e carbapenemes. Internada por pneumonia associada aos cuidados de saúde, ITU a K. pneumoniae, sensível a amicacina e hemorragia de fístula arterio-venosa do membro superior, resolvida com penso compressivo. Instituiu-se doxiciclina e amicacina. Ao exame objetivo apresentava polipneia, crepitações no 1/3 inferior de ambos hemitóraces e fervores crepitantes bibasais

à auscultação pulmonar, sem sinais de discrasia hemorrágica. Laboratorialmente destacava-se pancitopénia (Hemoglobina 6.6g/dL, leucócitos 2.590x10^9/L, plaquetas 9.000x10^9/L) e padrão de citólise hepática (AST 1042U/L e ALT 1094U/L). O radiograma de tórax revelava derrame pleural e infiltrados pulmonares bilaterais. Para investigação da pancitopenia efetuou mielograma que revelou uma medula óssea hipocelular. Realizou ecografia abdominal compatível com hepatomegália discreta, homogénea, sem outras alterações relevantes; na TC de tórax realizada no mês anterior era sugerida pneumonite intersticial. RESULTADOS/ CONCLUSÕES: Atendendo à toma de NTF, e após exclusão de outras etiologias, assumiu-se a presença de toxicidade hepática, pulmonar e medular a NTF. Apesar da suspensão, doente veio a falecer. Os autores apresentam este caso pela raridade da apresentação multissistémica da iatrogenia à administração crónica de NTF, sendo imperativa a vigilância de reações adversas e eventual suspensão em doentes com DRC.

PO-12-60

SARCOIDOSE: QUATRO FACES DA DOENÇA

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida. A prevalência estimada no mundo é de 16,5/100000 nos homens e 19/100000 nas mulheres. Qualquer órgão pode ser atingido, sendo os pulmões e o sistema linfático os órgãos preferencialmente afetados. Caso clínico: Mulher de 67 anos de idade, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Referenciada à consulta de Medicina por queixas de tosse sem expetoração e parestesias nos membros inferiores (MI) com cerca de 3 anos de evolução, associado a perda de peso que não sabia quantificar. Ao exame objetivo de destacar lesão eritematosa, plana, não pruriginosa na região abdominal. Análises: Hb 15.3g/dL, Leuc 19 770/L, neutr 84%, plaquetas 708 000, VS 2mm, AST 32UI/L, ALT 42UI/L, GGT 389UI/L, FA 324UI/L, bilirrubina total 0.98mg/dL, Vit B12 1936pg/mL, ECA 94.1UI/L. TC de tórax: nos andares superiores de ambos os hemitóraxes presença de opacidades lineares, irregulares e formações ganglionares mediastínicas. TC abdominal: sinais de hepatopatia crónica. Electromiografia MI: sem alterações. Colocada a hipótese de se tratar de sarcoidose com envolvimento multiorgânico (pulmonar, hepático, cutâneo e neurológico), pelo que foi realizada biópsia hepática cuja histologia mostrou granulomas histiocitários, sem necrose caseosa, compatível com sarcoidose hepática. Foi admitida sarcoidose com envolvimento pulmonar, hepático, cutâneo e neurológico periférico provável, tendo sido iniciada corticoterapia. Conclusão: Os autores apresentam o caso pretendendo ilustrar a diversidade de sintomatologia apresentada por uma doente com sarcoidose e mostrar abordagem diagnóstica, tratamento e follow-up.

PO-12-61

INTOXICAÇÃO CRÓNICA POR LÍTIO - UM CASO CLÍNICO

Joana Cunha Carvalho, Filipe Vilão, Rui Santos, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

O Lítio é utilizado em Psiquiatria como estabilizador do humor no tratamento de manutenção da doença bipolar. Níveis terapêuticos variam 0,8-1,2mEq/L, equivalente a 900-1200mg/dia, devendo ser monitorizados regularmente. A intoxicação por Lítio pode ser aguda ou crónica. A severidade dos sintomas e o nível plasmático de lítio não estão relacionados, ocorrendo efeitos secundários graves com litemia no limite superior do normal. Homem caucasiano, 57 anos, levado ao serviço de urgência por quadro de lentificação psicomotora, lesões cutâneas e isolamento social associado a desorientação, com 2 meses de evolução. Antecedentes: tabagismo 129UMA, alcoolismo crónico 100g/dia, doença bipolar e hipertensão arterial. Medicado com Lítio 400mg, levomepromazina 100mg e enalapril 20mg. À observação: vígil, desorientado no espaço, comportamento desadequado e marcha atáxica. Eupneico, sem alterações à auscultação cardiopulmonar e no exame objetivo do abdómen. Apresentava lesões purpúricas generalizadas, pústulas acneiformes e úlcera dorso-plantar no pé esquerdo. Internado em medicina interna por síndrome confusional agudo. Os antecedentes do doente justificavam parcialmente o quadro clínico, tendo sido por isso preponderante o doseamento dos níveis de lítio: 1,77mg para o diagnóstico de intoxicação crónica por lítio. O doente apresentava atingimento do sistema nervoso central, cardíaco (bradicardia), renal (insuficiência renal aguda, proteinúria na faixa nefrótica), cutâneo (lesões vasculíticas/úlceras dispersas) e vómitos. Suspendeu tratamento com lítio e iniciou terapêutica de suporte, sem necessidade de hemofiltração. O quadro clínico reverteu, com melhoria do estado de consciência e função renal; resolução das lesões cutâneas e da bradicardia. Para o diagnóstico de intoxicação por lítio é necessário ter um elevado nível de suspeição e é essencial o seu doseamento. A intoxicação por lítio é uma emergência médica, podendo mesmo ser necessário o tratamento com hemofiltração.

PO-12-62

SARCOIDOSE- UMA DAS SUAS MUITAS FACES

Ana Andresa Sousa, Isabel Silva, Ana Cláudia Carvalho, António Sarmento
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica e de etiologia desconhecida. Existem multiplas formas de apresentação: doença assintomática, sintomas constitucionais inespecíficos e sintomas relacionados com envolvimento orgânico específico. Apresenta-se o caso de uma mulher de 37 anos, sem antecedentes relevantes ou medicação habitual, com quadro de lombalgia, febre, hipersudorese nocturna, cefaleias, fadiga e perda ponderal com 2 semanas de evolução. Foi avaliada por Neurologia e Oftalmologia sem alterações relevantes. Analiticamente com velocidade de sedimentação, enzima de conversão da angiotensina (ECA) e cálcio sérico elevados, estudo autoimune negativo, serologias e hemoculturas negativas. A punção lombar revelou líquor com proteinorraquia, glicose e ECA normal, estudo microbiológico negativo e imunofenotipagem (IF) com relação CD4/CD8 12%. Realizou Radiografia torácica, Tomografia computadorizada (TAC)/Ressonância magnética crânio-encefálica, TAC de coluna lombar e ecografia abdomino pélvica sem alterações. Lavado gástrico com exame directo, cultural (bacteriológico/micobacteriologico) negativos e pesquisa de Mycobacterium tuberculosis negativo. Na TAC torácica identificou-se múltiplas adenopatias mediastínicas. Efectuou Broncofibroscopia com biopsia do conglomerado adenopático subcarinal identificado e colheu lavado brônquico (LB) e lavado broncoalveolar (LBA). Lavado com exame directo negativo e citologia negativa para células malignas. Dada a forte suspeita de Sarcoidose iniciou prednisolona 1mg/ kg/dia com melhoria da sintomatologia, tendo alta para consulta de Pneumologia. A biopsia revelou-se inconclusiva e a IF do LBA mostrou relação CD4/CD8 11,2%. Verificou-se uma evolução clínica e imagiológica favorável, com regressão das adenopatias mediastinicas. Com este caso pretende-se alertar para os sintomas constitucionais inespecificos como forma de apresentação desta patologia, reforçando-se deste modo a importância da elevada suspeição clínica.

PO-12-63

INFEÇÕES, COLEÇÕES E MAIS COMPLICAÇÕES

Cristina Martins, Diana Gonçalves, Jorge Lourenço, Daniela Marado, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (PÓLO HG), SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Define-se como neutropenia um número de neutrófilos inferior a 1500/µL, dividindo-se etiologicamente em aguda/crónica e hereditária/adquirida, ocupando a iatrogenia um lugar de destaque nesta categoria. Do mesmo modo, também diversos fármacos são causa de hepatotoxicidade, desde aumentos transitórios das transaminases, até hepatites medicamentosas graves. Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 55 anos, internado por pancreatite aguda alitiásica, que inicia quadro de febre, elevação da PCR e leucocitose, sem outros sinais e sintomas. Por suspeita de complicação pancreática realiza TC abdominal que deteta "coleção predominantemente líquida, aparentemente encapsulada, envolvendo anteriormente o corpo do pâncreas", de natureza

indeterminada, e que, embora sem sinais de infeção, motiva início profilático de Piperacilina/Tazobactam (P/T). Após 21 dias de antibioterapia, com melhoria clínica e analítica verificadas, reinicia febre, com aparecimento súbito de neutropenia, trombocitopenia e de discreta elevação das transaminases, mantendo, contudo, P/T até repetição da TC, que ocorre 48h depois e evidencia melhoria da formação descrita. Assim, por manter febre e agravamento das alterações analíticas supracitadas, sem foco objetivado, suspende antibiótico. Verifica-se, 24 horas após a suspensão, apirexia, normalização do hemograma e melhoria progressiva das transaminases, concluindo-se, neste sentido, tratar-se de um quadro de febre, neutropenia e hepatite iatrogénicas, secundárias à toma prolongada de P/T. A mielosupressão é um efeito adverso conhecido dos antibióticos do grupo das penicilinas, como a P, cuja incidência, embora rara, se encontra subestimada. Ocorre, comummente, após antibioterapia prolongada (> 21 dias), apresentando resolução rápida e espontânea com a suspensão do antibiótico. Também o aumento das transaminases associado à toma de P/T tende a ser ligeiro e transitório, tendo sido detetado e aceite como efeito secundário, somente in vivo.

PO-12-64

ESTUDO RESTROSPETIVO DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Márcia Rodrigues Pinto, Juan Puentes, Hirondina Rocha, Sara Nicolau, Ana Palricas, Manuela Grego, Gonçalo Ferrão.
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE, SERVIÇO DE MEDICINA IV. DIRETOR DR. LUIS SIOPA.

Objetivos: Caraterização da mortalidade no serviço de medicina interna de um Hospital Distrital. Material e métodos: Análise restrospetiva dos óbitos durante o ano de 2015. A identificação dos processos foi fornecida pelo serviço de estatística do hospital e notas de alta. Resultados: Durante este período ocorreram 3135 internamentos, com uma taxa de mortalidade de 16,2. Foram avaliados 508 óbitos, sendo 275 homens (H) e 233 mulheres (M). As idades estavam compreendidas entre 36 e 102 anos, com média de 81,7, sendo 84 nos H e 79 nas M. O intervalo de idade de 81-90 anos foi o mais prevalente com 45% e o intervalo de 40 anos foi o menos prevalente. Os idosos representaram 93,5% da mortalidade total. A média de internamento foi de 8 dias. 99% dos doentes tinha nacionalidade portuguesa, seguindo-se a alemã, angolana e ucraniana. Relativamente aos dias de semana, sexta- feira foi o dia com maior mortalidade, seguido de sábado e terça; segunda e domingo foram os dias com menor mortalidade. O mês com maior mortalidade foi janeiro, seguido de março e maio, sendo os de menor mortalidade junho, agosto e outubro. Em relação aos diagnósticos que motivaram o internamento destacam-se as doenças do Aparelho Respiratório, 42%; doenças do Aparelho Circulatório, 15,6%; doenças do Aparelho Génito-Urinário, 15,4%; neoplasias, 10,8%; doenças Infeciosas e Parasitárias, 7,1%; doenças do Aparelho Digestivo, 5,3% e outras, 3,7%. As patologias relacionadas com maior mortalidade foram pneumonia, 32,1%; infeções do trato urinário, 12% e neoplasias, 10%. Conclusões: Não existe uma diferença significativa em relação ao número de óbitos segundo o dia da semana havendo uma maior prevalência no mês de janeiro. As doenças do Aparelho Respiratório foram a primeira causa de mortalidade, sendo a maioria em idosos (93,5%) com múltiplas comorbilidades.

PO-12-65

BOTULISMO - A PROPÓSITO DE UM CASO

Miguel Alves, Carla Pinto, Raquel Gil, Adelaide Esteves, Elizabete Pinelo, Eugénia Madureira
ULSNE - HOSPITAL BRAGANÇA

O Botulismo é uma síndrome neuroparalítico, resultando da ação de uma neurotoxina elaborada pela bactéria Clostridium botulinum, provocando uma debilidade muscular, parálise flácida descendente e simétrica, podendo ser uma ameaça à vida. Existem várias formas de Botulismo (B), entre elas o B. alimentar, B. infantil, B. por ferimento, B. inalatório ou B. iatrogénico. É caracterizada como bacilo gram-positivo, anaeróbio, formador de esporas. Existem oito cepas distintas segundo as especificidades antigénicas de toxinas. Mulher de 47 anos de idade, autónoma, com antecedentes patológicos de histerectomia parcial por fibroma, Colecistectomia, sem medicação habitual. Recorre ao Serviço de Urgência por náuseas, mal estar, fraqueza, vómitos, dor abdominal difusa, rouquidão, dificuldade na deglutição, visão dupla e sem transito intestinal com 3 dias de evolução. Objetivamente encontrava-se asténica, com disfagia para sólidos, disfonia, diplopia e ptose palpebral, normotensa, eupneica e sem alterações na auscultação cardíaca e pulmonar. Estudo analítico normal, Rx torácico normal, ECG com Ritmo Sinusal e TC CE sem alterações. Manteve-se em vigilância para posterior avaliação por Neurologia a qual diagnosticou Botulismo de provável causa alimentar. Foi internada no Serviço de medicina Intensiva cinco dias, com terapêutica de suporte, vigilância de eventual necessidade de suporte para a via aérea, com necessidade de algaliação por retenção urinária e sem indicação de soro Anti-Botulinico. Manteve-se com diplopia, disfagia para sólidos e disfonia. Posteriormente foi transferida para o serviço de Medicina, mantendo-se estável mas com a mesma clínica. Realizou Eletromiografia resultando normal, positivando para Toxina Botulínica tipo D. Teve alta ao fim de 23 dias com seguimento para consulta externa. Não sendo uma doença tão rara como se pensa, o seu diagnóstico pode tornar-se difícil se não pensarmos nela, podendo passar despercebida pondo em risco a vida do doente.

PO-12-66

PICADAS DE INSECTO OU ALGO MAIS...

Ana Moreira, Rodrigo Maia Alves, Pedro Ventura, Sonia Canadas, Paulo César Robredo, Pedro Vieira, Adriano Cardoso, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS, SERVIÇO MEDICINA A

No Síndrome de Löfgren coexistem adenopatías hilares, eritema nodoso e artrite. Descrito como uma variante benigna da Sarcoidose objetiva-se em 9-34% dos doentes com esta entidade nosológica sendo mais prevalente na região mediterrânica. Objetivo: relato do caso clínico de uma doente admitida no Serviço de Urgência (SU) do nosso Hospital, com o diagnóstico de Eritema Nodoso e posteriormente Sarcoidose. Método: revisão do episódio de urgência, processo clínico de consulta externa e literatura. Caso Clinico: doente do sexo feminino, 50 anos, previamente saudável, sem antecedentes pessoais relevantes, recorre ao SU, por erupções cutâneas dolorosas nos membros inferiores, astenia marcada e artralgias com evolução de cerca de 3 semanas. Já tinha recorrido previamente ao médico assistente, 2 semanas antes, tendo sido colocada hipótese de picadas de insecto, tratadas com corticoterapia tópica e posteriormente uma administração ev, sem melhoria aparente. Pela dor e sensação de calor local, automedicou-se com ibuprofeno com ligeira melhoria sintomática. Nos exames realizados no SU, apresentava VS 20mm/h, PCR 1.70 e ligeira neutrofilia. Imagiologicamente apresentava múltiplas adenopatias do mediastino e hilares (sarcoidose?). Foi medicada para tratamento de Eritema Nodoso e encaminhada para consulta externa para prosseguir estudo de provável Sarcoidose, que posteriormente se veio a confirmar, por biopsia excisional de adenopatia torácica. Conclusões: embora relativamente frequente, o Eritema Nodoso pode passar muitas vezes despercebido numa avaliação inicial de um doente previamente saudável, com queixas inespecíficas, sendo importante tê-lo em mente no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas que podem aparecer em contexto de urgência.

PO-12-67

PAF1 – UM DIAGNÓSTICO QUE PODE PASSAR DESPERCEBIDO

Joel Pinto, Ana Araújo, Paulo Almeida, Jorge Henriques, Susana Cavadas
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

A polineuropatia (PN) amiloidótica familiar tipo 1 (PAF1) é uma amiloidose sistémica, autossómica dominante, associada à mutação da transtirretina (TTR). Caracteriza-se por PN mista, de progressão distoproximal (dying-back), que decorre da deposição de substancia amiloide (SA) no espaço extracelular de diferentes tecidos. Homem, 62 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre, edema facial, tonturas com o ortostatismo e astenia. Antecedentes de síndrome de apneia obstrutiva do sono, doença renal crónica, hipertensão, dislipidémia, síndrome do túnel cárpico e cataratas. Desconhecia antecedentes familiares relevantes. Ao exame objetivo apresentava edema periorbitário e do lábio inferior e macroglossia. Do estudo efetuado para despiste de patologia infeciosa,

neoplásica e autoimune, destacava-se apenas anemia macrocítica (hemoglobina 11.8g/dL), aumento dos parâmetros inflamatórios (proteína C reativa 17.63mg/dL, velocidade de sedimentação 82mm), doença renal crónica (ureia 115 mg/dL, creatinina 1.90mg/dL), proteinúria (1815mg/24horas), hematúria e bradicardia sinusal em holter 24 horas. Fez biópsia retal, sendo positiva a pesquisa de SA pelo método do Vermelho do Congo. Foram revistos os antecedentes familiares com o doente, que após inquirir parentes com quem não mantinha contato há vários anos, referia irmão falecido aos 58 anos e filho desse irmão submetido a transplante hepático, desconhecendo os motivos. Foi encaminhado para consulta multidisciplinar de paramiloidose e atendendo à história familiar compatível com PAF1, fez estudo genético que revelou presença de mutação da TTR (Val30Met). Aguarda inicio de tratamento com Tafamidis e colocação de pacemaker. Os antecedentes familiares permitem identificar doentes em risco de PAF1, demonstrando o caso apresentado a importância de uma história clinica detalhada. O transplante hepático veio retirar à PAF1 o seu carácter progressivo e fatal, permitindo a terapêutica com Tafamidis atrasar a progressão da doença.

PO-12-68

DA ESCABIOSE À MORTE: CRÓNICA DE UM "CASO SOCIAL"

Daniel Botelho, Rui Malheiro, Liliana Mendes, Marisa Paulino, Rita Pimenta, Judite Henriques, Alberto Mello e Silva
SERVIÇO DE MEDICINA 1A - HOSPITAL DE EGAS MONIZ - CHLO

INTRODUÇÃO: Cada vez mais têm havido casos de camas ocupadas em hospitais por doentes a espera de resolução de sua situação social. O envelhecimento e a maior dependência da população, a falta de apoio das famílias e a crise económica têm sido apontados como fatores nesta equação cujo denominador comum é a falta de resposta dos apoios sociais. CASO CLÍNICO: Mulher, 86 anos a residir sozinha e frequentar centro de dia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dores no membro inferior direito e teve alta no mesmo dia com medicação. Por estar agitada e confusa no transporte, não a conseguiram levar para casa, encaminhando a doente para o centro de dia que não a aceitou e reenviou ao SU. Foi transferida para internamento hospitalar por não ter onde ficar. À entrada no internamento, apresentava escabiose e permaneceu em isolamento. O Serviço Social foi acionado e contactou o Ministério Público com a finalidade de designar um tutor, processo moroso. A doente permaneceu internada a aguardar resolução social e recuperou capacidade de marcha no período. Porém, a partir do diagnóstico de uma neoplasia da bexiga associada a hematúria (no 8º mês de internamento), a doente passou a apresentar frequentes infecções que tornaram-se cada vez mais graves e difíceis de ser tratadas. No 440º dia de internamento, a doente faleceu, com a autópsia a revelar múltiplos focos infecciosos para além de tromboembolismo pulmonar. CONCLUSÃO: Este caso evidencia a potencial gravidade na evolução de um "caso social". A doente em questão teve diagnosticada uma neoplasia durante o internamento que agravou sobremaneira o seu quadro, tornando-a suscetível a infeções oportunistas cada vez mais graves. A hemorragia ativa impediu qualquer anticoagulação. Por fim, a falta de capacidade em resolver a situação não-médica da doente levou a um quadro arrastado e grave com o desfecho negativo que não se previa à entrada.

MEDICINA INTENSIVA — LCD #13

PO-13-01

PENFIGOIDE BULHOSO - A GRAVIDADE DE UM DIAGNÓSTICO RARO

Cátia Canelas, Ana Cristino, André Marçal, Helena Maurício, Igor Milet, Francisco Esteves
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS - OS - MONTES E ALTO DOURO - SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS

Penfigoide bulhoso(PB) é uma doença rara, cronica, autoimune com períodos de exacerbação potencialmente fatais e se caracteriza pelo aparecimento de bolhas na pele com atingimento subepidermal. Sexo masculino, 37anos, antecedentes de oligofrenia e dermatite em estudo. Recorre ao serviço de urgência por apresentar desde há 15dias febre e bolhas dispersas por toda a superfície cutânea que evoluíram com exsudação purulenta. À admissão estava hemodinamicamente estável e apresentava dermatose dispersa com lesões bolhosas em diferentes fases de evolução. Analiticamente eosinofilia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Admitido no internamento de medicina intensiva nível 3 iniciou flucoxacilina e prednisolona com má evolução pelo que iniciou ao 3ºdia imunoglobulinas(Ig) e azatioprina, manteve progressão com comprometimento de praticamente toda a superfície cutânea e atingimento até a derme. Transferido para uma unidade de queimados para balneoterapia. Readmitido com sépsis grave com bacteriémia a E.Coli. Posteriormente infecções nosocomias graves de cateter com bacteriémias. Por má resposta em D20 aumenta azatioprina e prednisolona, em D27 novo ciclo de imunoglobulinas e em D31 iniciou rituximab com excelente resposta tendo alta ao D53 sem lesões. Volta 3dias depois com novas lesões repetiu Ig e aumentou dose de prednisolona com boa reposta cutânea e regressão completa da eosinofilia. Para o diagnóstico diferencial mais provável de síndrome de Lylle foi realizada biopsia cutânea com imunoflorescência que confirmou penfigoide bolhoso, Ac anti epiderme positivos. PB grave é um insulto que compromete a homeostasia. A perda da barreira física de defesa –a pele- leva a distúrbios hidroeletroliticos de difícil controlo e risco de infeções que condicionam o prognóstico. No nosso entender, as situações graves justificam abordagem em ambiente de medicina intensiva de nível 2/3, com o objetivo do controlo rápido da homeostasia, e adequado tratamento das complicações infeciosas.

PO-13-02

PONTO DE VIRAGEM NO CONCEITO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA. SERÁ QUE "O QUE PARECE É"?

Cristiana Gonçalves, Fausto Moura, Patricia Patrício, Carlos Meneses, António Messias, Andreia Sofia Carlos, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Apesar de na comunidade científica ainda ser consensual a utilização de Hipotermia, a dúvida tem pairado na prática clínica. Objetivo: avaliar o benefício da Hipotermia em doentes vítimas de Paragem Cardiorespiratória (PCR). Métodos: Estudo comparativo, retrospectivo, com 50 doentes vítimas de PCR internados no Serviço de Medicina Intensiva em 2014, 9 destes submetidos a Hipotermia. Resultados: Os doentes submetidos a Hipotermia eram mais novos (60.7vs69.3 anos) e apresentavam um Índice de Charlson mais baixo (89%vs79% no 1 ano), o que conferia maior probabilidade de sobrevivência. No entanto, os doentes deste grupo, na sua maioria, tinha sofrido a PCR em contexto extra-hospitalar (56%) o que diminui a probabilidade de PCR testemunhada e início imediato da reanimação, além disso, na maior parte a causa da PCR era desconhecida tornando difícil dirigir a terapêutica (36%vs5%). Verificou-se que na PCR relacionada com Enfarte Agudo do Miocárdio o ritmo mais frequente foi a Fibrilhação Ventricular. No entanto, em ambos os grupos o ritmo inicial de PCR foi na sua maioria não desfibrilhável, o que lhes conferia pior prognóstico. Dos doentes que faleceram nos dois grupos, apenas 20 a 35% pararam em ritmo desfibrilhável. A arritmia mais frequente durante a Hipotermia foi a Bradicárdia Sinusal (78%) e a complicação mais comum a Pneumonia (56%). Os doentes que que faleceram começaram Hipotermia mais cedo (2h42vs4h45), contudo atingiram a temperatura alvo mais tarde do que os doentes que sobreviveram (6hvs3h52). Observou-se uma taxa de mortalidade superior nos doentes submetidos a Hipotermia (56%vs49%) e um outcome neurológico sobreponível nos dois grupos (Cerebral Performance Categories 3). Conclusão: Não parece haver benefício em iniciar Hipotermia mais cedo do que até às 6h recomendadas, no entanto parece haver benefício em atingir a temperatura alvo o mais rapido possível. Continuam a ser necessários mais estudos para avaliar o valor da Hipotermia em vítimas de PCR.

PO-13-03

PNEUMONIA A VARICELA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Rei Neto, Petra Monteiro, Sara Ferraz, Marta Bastos, Margarida Correia, Paula Castelões
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE.

A Varicela é uma doença comum da infância mas a sua incidência em adultos tem vindo a aumentar. A pneumonia a Varicella-zoster é a complicação mais grave e mais frequente, estando associada a uma mortalidade de 30%, podendo chegar a 50% se necessária ventilação mecânica. Caso clínico: Mulher 46 anos, não-fumadora, antecedentes de colite ulcerosa medicada com prednisolona e hipocoagulada por tromboembolismo venoso, internada por suspeita de isquemia intestinal aguda, confirmada na laparotomia exploradora, mas sem necessidade de resseção intestinal. Ao segundo dia iniciou febre, dificuldade respiratória e um exantema maculopapular violáceo generalizado, com raras lesões vesiculares dispersas. Analiticamente apresentava bicitopenia, citólise hepática e elevação da proteína C reativa. A gasometria arterial revelava insuficiência respiratória hipoxémica e a telerradiografia torácica um infiltrado difuso em ambas as bases. Dada a história de imunossupressão e o agravamento clínico franco iniciou antibioterapia empírica de largo espetro e aciclovir endovenoso. Foi admitida na unidade de cuidados intensivos (UCIP) por choque sético com ponto de partida em pneumonia bilateral. Desenvolveu ARDS moderado nas primeiras 24h de UCIP e, por agravamento progressivo das trocas gasosas, iniciou suporte com membrana de oxigenação extra-corporal veno-venoso (ECMO VV). Apresentava serologia IgM equívoca para Varicela-zoster, mas pesquisa PCR do líquido da vesícula e lavado broncoalveolar positivos. Completou 7 dias de aciclovir, com resolução completa do exantema ao final de 12 dias. Manteve necessidade de ECMO VV durante 9 dias, tendo sido extubada ao 14º dia com resolução de todas as disfunções de órgão. A serologia IgG para Varicela-zoster foi positiva 3 semanas depois. Conclusão: A precocidade do diagnóstico e a instituição da terapêutica adequada é fundamental no adulto com varicela, tendo em conta as múltiplas complicações associadas e o elevado risco de falência respiratória.

PO-13-04

MALÁRIA COMPLICADA - DOIS CASOS CLÍNICOS

Rita Rei Neto, Cátia Cunha, Sara Pipa, Sara Pedrosa, Ana Mondragão, Cátia Dias, Paula Castelões
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE.

Os casos de Malária importada têm vindo a aumentar na Europa nos últimos anos. Casos clínicos:Casal residente em Angola há 3 anos, não fez profilaxia e nunca teve malária. Homem38 anos saudável, admitido por febre (39ºC), astenia e mal-estar generalizado com 5dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se desidratado, febril, com hepatomegalia dolorosa. Analiticamente: anemia hemolítica,trombocitopenia grave, hipoglicemia,lesão renal e hepatite agudas e acidose metabólica com hiperlactacidemia na gasometria arterial. Mulher 53anos saudável, admitida por febre(40ºC), astenia e vómitos com 3dias de evolução. Ao exame objetivo: febril, ictérica e desidratada. Analiticamente com pancitopenia e hemólise. A pesquisa em esfregaço com coloração May Grunwald Giemsa foi positiva para Plasmodium falciparum com taxa de parasitémia de 45% no primeiro caso e 29% no segundo, confirmadas pela deteção do antigénio positiva. Foi diagnosticada Malária complicada e iniciaram tratamento com sulfato de quinina e doxicilina.Doze horas após a admissão o homem iniciou disfunção múltipla de órgãos, tendo sido admitido na unidade de cuidados intensivos polivalente (APACHE II 19,SOFA 16),com necessidade de suporte cardiovascular e diálise. Desenvolveu dispneia progressiva associada a ARDS moderado, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Após 48h de tratamento a parasitémia diminuiu para1,8%, sendo negativa ao 6ºdia.Dez dias após a admissão foi extubado e teve alta hospitalar ao 36ºdia.A mulher, nas primeiras 24horas desenvolveu disfunção neurológica, motivo pelo qual foi admitida na Unidade Intermédia, tendo tido evolução favorável sem necessidade de suporte de órgãos, com parasitémia negativa ao 4ºdia de tratamento, tendo tido alta ao 8ºdia.Ambos regressaram a Angola com profilaxia da malária.Conclusão: Portugal, pela sua relação próxima com as ex-colónias, apresenta um risco elevado de incidência de Malária, que deve ser rapidamente identificada e iniciado o tratamento precoce.

PO-13-05

MIOPATIA DOS CUIDADOS INTENSIVOS

Pedro Lopes, Miguel Ramos, Bruno Rodrigues, João Porto, Teixeira Veríssimo, Luís Cunha, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: O internamento em cuidados intensivos está geralmente associado a situações de doença grave. A fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos é cada vez mais reconhecida como um problema clínico importante e comum. Classicamente, estes doentes apresentam um quadro clínico caracterizado por tetraparésia flácida sem atingimento dos nervos cranianos, com reflexos osteo-tendinosos normais ou hiporrefléxicos e sem alterações de sensibilidade, a não ser nos casos tradicionalmente classificados como polineuropatia. Caso Clínico: Homem 75 anos, recorreu ao SU por desvio da comissura labial, disfonia e disfagia. Ao exame objectivo apresentava lentificação cognitiva, anisocoria, ptose palpebral (síndrome de Horner), sinal Barré à esquerda e ataxia axial marcada. Por disfagia foi colocada SNG com laceração da amígdala e hemorragia abundante, sendo decidido intubação para proteção da via aérea. Esteve internado no Serviço de Medicina Intensiva durante 14 dias, foi extubado e quando despertou apresentava-se uma tetraparésia flácida. TC-CE e RM-CE: Não se observaram lesões endocranianas expansivas e vasculares recentes. EEG: Traçado compatível com encefalopatia. Punção lombar: Sem alterações. AngioTC-cervical: estenose do segmento V4 da artéria vertebral direita. Analiticamente: CK 2346U/L. Doente permaneceu internado 53 dias, Ao 14º dia de internamento iniciou movimentos nos dedos de ambas as mãos tendo alta já com força grau4+ nos membros superiores e inferiores, apresentando hemihipostesia do hemicorpo direito e ligeira dismetria na prova dedo nariz à esquerda. Conclusão: O diagnóstico de miopatia dos cuidados intensivos é difícil, sendo de suspeitar sempre nas situações de recuperação de uma patologia crítica em que os doentes apresentem fraqueza muscular inexplicada. O uso de corticosteróides é o factor de risco mais comummente identificado, sendo o factor preditivo mais importante para o desenvolvimento de fraqueza muscular no doente crítico.

PO-13-06

POPULAÇÃO GERIÁTRICA NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Juliana Silva1, Miguel Tavares2, Raquel Monte2, Aníbal Marinho2
1 - SERVIÇO MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO; 2 - SERVIÇO CUIDADOS INTENSIVOS 1, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Introdução: A par do envelhecimento da população nas últimas décadas assistimos ao aumento da média de idades dos doentes internados, nomeadamente, nos cuidados intensivos. Objectivo: Caraterizar a população geriátrica internada num serviço de medicina intensiva, avaliando as suas características clínicas e epidemiológicas. Métodos: Estudo observacional retrospetivo através da consulta dos processos clínicos de doentes com idade ≥65 anos, admitidos entre 1 de Julho e 31 de Dezembro de 2015 num serviço de cuidados intensivos, com avaliação de género, idade, grau de dependência, motivo de internamento, índices de gravidade, tempo de internamento e mortalidade. Resultados: 250 doentes admitidos, 45.2% (n=113) com ≥65 anos (70.1% 65-79 anos, 24.8% 80-89 anos e 4.4% ≥ 90 anos). A maioria eram autónomos nas atividades da vida diária (70.8%, n= 80), 27.4% (n=31) parcialmente dependentes e 1.8% (n=2) com mRankin prévio de 5. A demora média de internamento neste grupo etário foi de 8.6 dias versus 5.4 nos doentes com <65 anos (p<0.05). A patologia médica foi o principal motivo de internamento na população geriátrica (58.4% versus 43.1%), seguida da patologia cirúrgica 33.6% (versus 52.5%) e do trauma 8.0% (versus 4.4%). No que respeita aos índices de gravidade (SAPSII e SOFA às 24h) não se encontraram diferenças com significado estatístico entre os 2 grupos. Durante a permanência no serviço não houve diferença estatística na mortalidade dos grupos (26.6% versus 32.8%, versus 30% de mortalidade global), no entanto

quando avaliada a mortalidade após alta da unidade esta foi superior no grupo de doentes com ≥65 anos (20.4% versus 2.9%, p<0.001) Conclusão: Não se encontraram diferenças estatísticas quer nos índices de gravidade, quer na mortalidade durante a permanência nos cuidados intensivos. No entanto, a população com idade ≥65 anos apresentou um aumento da demora média de internamento e maior taxa de mortalidade após alta da unidade de medicina intensiva.

PO-13-07

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO - DOIS CASOS CLÍNICOS

Ana Cristino, Cátia Canelas, Helena Maurício, Nélson Barros, Francisco Esteves
CHTMAD - VILA REAL - SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS

Introdução: O síndrome serotoninérgico é uma entidade clínica relativamente rara, associada a algumas classes farmacológicas bem definidas. A tríade clássica consiste em alterações da consciência, hiperatividade autonómica e distúrbios neuromusculares. Caso1: Mulher de 50 anos, admitida no serviço de urgência (SU) por intoxicação voluntária com venlafaxina e moclobemida. À admissão sem alterações de relevo ao exame objetivo. Evolução rápida com diminuição da vigília, agitação, taquicardia e hipertensão. Apresentava nistagmo, mioclonias, hiperreflexia generalizada e clónus nos membros inferiores, com Babinski bilateral. Admitida no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), com necessidade de entubação, suporte ventilatório e vasopressor. Nas primeiras 24h, mantém hipertermia e alterações neuromusculares. Apresentava rabdomiólise sem outras alterações analíticas relevantes. Iniciou clorpromazina com melhoria gradual e reversão do quadro neuromuscular às 48h de internamento. Caso2: Mulher de 48 anos, admitida no SU por intoxicação com duloxetina, mirtazapina e herbicida. À admissão, prostração (Glasgow 9), com taquicardia sinusal, rigidez, fasciculações e hiperreflexia. Analiticamente, acidose metabólica e rabdomiólise. Admitida no SMI com necessidade de suporte ventilatório. Boa evolução, com reversão das alterações neuromusculares em 24h. Conclusão: Os casos ilustram intoxicações mistas, com manifestações de síndrome serotoninérgico, mais grave no primeiro caso pela presença de um inibidor da monoamina oxidase. O tratamento consiste em medidas de suporte, controlo da instabilidade autonómica e das manifestações neuromusculares (benzodiazepinas, curarização), e em casos mais graves uso de antagonistas (ciproeptadina, cloropromazina). Este síndrome tem uma resolução rápida se reconhecido e tratado adequadamente.

PO-13-08

TAKO-TSUBO- UMA CAUSA INVULGAR DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Pedro Pires, Ana Araújo, Tânia Sequeira, Luís Bento
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ - UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA

Introdução: A síndrome de Tako-Tsubo (STT) é uma miocardiopatia primária adquirida caracterizada por uma disfunção sistólica aguda transitória. Mais comum em mulheres pós-menopausa, geralmente com um factor desencadeante físico ou emocional. A apresentação clínica mimetiza um enfarte agudo do miocárdio (EAM) mas sem evidência de obstrução coronária. Os achados ecocardiográficos, com balonamento médio-apical do ventriculo esquerdo, são característicos. Caso Clínico: Mulher, 80 anos, com história de insuficiência cardíaca diastólica, hipertensão arterial, obesidade e fibrilhação auricular permanente. Admitida na Sala de Reanimação em paragem cardiorrespiratória (PCR) em ritmo de fibrilhação ventricular (FV), recuperada após 4 ciclos de SAV. ECG com alterações inespecificas da repolarização ventricular. Analiticamente com elevação de marcadores de necrose miocárdica e BNP. Coronariografia sem lesões aparentes. Ecocardiograma com hipocinésia medio-apical com hipercontractilidade dos segmentos basais, sugerindo STT. Não foi realizada Ventriculografia. Internada nos Cuidados Intensivos para realização de protocolo de hipotermia pós-PCR. Em choque cardiogénico nos primeiros dias de internamento com necessidade de suporte aminérgico mas com melhoria paulatina. Ecocardiograma ao 5º dia de internamento com função sistólica conservada e sem alterações de contractilidade. Boa evolução neurológica, sem sequelas à data de alta. Não foi identificado factor emocional ou físico desencadeante de STT. Conclusão: A PCR é rara na STT (1-2%), sendo ainda mais incomum como modo de apresentação. Conforme este caso ilusta e apesar da gravidade do quadro, ultrapassadas as complicações agudas (como o choque cardiogénico) geralmente há recuperação da função cardíaca e bom prognóstico a médio-longo prazo. O tratamento de suporte é crucial nesta fase. Em mulheres pós-menopausa com quadro sugestivo de EAM com coronariografia sem lesões a suspeição diagnóstica para STT deve ser elevada.

PO-13-09

EDEMA PULMONAR AGUDO COMO PRIMEIRO SINTOMA DE INSUFICIÊNCIA AÓRTICA GRAVE CRÓNICA

Rui Assis, Eva Claro, Filipe Filipe, Nuno Lopes, Tiago pereira, Lucília Pessoa, Nuno Catorze
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

JLLF, 63 anos, com antecedentes pessoais de Doença Pulmonar Obstructiva Crónica e Tuberculose Pulmonar em 2013, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia e tosse não produtiva de inicio súbito. À observação apresentava hipoxémia severa e sinais de dificuldade respiratória com taquipneia exuberante, pelo que foi entubado orotraquealmente e iniciou ventilação mecânica invasiva, admitindo-se Edema Pulmonar Agudo. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos onde cumpriu terapêutica descongestiva e Ventilação Mecânica, descontinuada após 12h por melhoria clínica. Realizou ecocardiograma transtorácico que demonstrou Insuficiência Aórtica grave com critérios de cronicidade, nomeadamente hipertrofia das paredes e dilatação do Ventrículo Esquerdo (diâmetro em para-esternal longo eixo 90mm e volume telediastólico de 490mL), Insuficiência Mitral grave por dilatação do Anel Mitral e compromisso grave de função sistólica (fracção de ejecção de 42% e dp/dt 485mmHg/s). Concomitantemente apresentava dilatação da Aorta Ascendente com 57mm de diâmetro, avaliada em Tomografia Computorizada. O doente foi posteriormente orientado para Cardiologia e, tendo ultrapassado o timing para cirurgia da Válvula Aórtica, referenciado para transplantação cardíaca. Este caso demonstra a reserva funcional e capacidade de adaptação do Ventrículo Esquerdo, em que apesar de disfunção valvular grave, existiu uma capacidade de adaptação progressiva, permanecendo o doente assintomático por um longo período de tempo e apesar da dilatação severa do ventrículo esquerdo.

PO-13-10

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIASTÓLICA E HIPERTENSÃO PULMONAR - O PESADELO NO DOENTE AGUDO

Rui Assis, Eva Claro, Filipe Filipe, Nuno Lopes, Tiago pereira, Lucília Pessoa, Nuno Catorze
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

RMR, 78 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de Miocardiopatia Hipertrófica Obstructiva, Hipertensão Pulmonar Grave, Fibrilhação Auricular Crónica sob anticoagulação oral com varfarina, Hipertensão Arterial e Fibrose Pulmonar, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de expectoração mucosa, febre e dispneia com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo constatou-se doente febril, taquipneica, com cianose central, fervores crepitantes dispersos bilateralmente e edemas periféricos bilaterais. Dos exames complementares salienta-se gasimentria com acidose respiratória compensada, hiperlactacidémia, proteina C reactiva de 5.08mg/dL, troponina I de 0.38ng/L e radiografia de tórax com infiltrados heterogéneos bilaterais. Ficou internada admitindo-se insuficiência cardíaca descompensada em contexto de pneumonia adquirida na comunidade. Durante o internamento, cumpriu terapêutica com furosemido endovenoso, diltiazem e antibioterapia empírica, mantendo perfil hipotensivo e bradicárdia. Ao 4º dia de internamento por agravamento do quadro com hipoxémia, foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos. Realizou ecocardiograma transtorácico que demonstrou hipertrofia ventricular esquerda, função sistólica preservada, compromisso diastólico severo (relação E/E' 32), gradiente intraventricular de 77mmHg, movimento anterior sistólico do Folheto

Anterior da Válvula Mitral, condicionando gradiente sub-aórtico de 40mmHg, dilatação do Ventículo Direito e pressão sistólica da Artéria Pulmonar estimada em 90mmHg. Suspendeu diuréticos e diltiazem e iniciou fluidoterapia, bisoprolol e Ventilação Não Invasiva, com melhoria clínica progressiva. Este caso clínico demonstra que o uso de fármacos que diminuem a pré-carga no doente com Insuficiência Cardíaca Diastólica e Hipertensão Pulmonar grave deve ser judicioso, sob risco de agravamento da vasoconstrição pulmonar e dos gradientes intra-ventriculares, com redução acentuada do débito cardíaco, potencial isquémia miocárdica e morte.

PO-13-11

CALCIFICAÇÃO HETEROTÓPICA APÓS VENTILAÇÃO MECÂNICA E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

Luís Melo, Joana Duarte, Joana Caetano, Célia Henriques, Susana Oliveira
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

A calcificação heterotópica caracteriza-se pela deposição de osso lamelar nos tecido moles peri-articulares. A ocorrência de calcificação em doentes com sedação prolongada e bloqueio do eixo neuromuscular é uma situação rara. Não existe relação conhecida entre o tipo de fármacos utilizados para sedação ou no bloqueio neuro-muscular e o desenvolvimento da calcificação, parecendo haver um risco aditivo quando usados em combinação. Apresentamos o caso de um doente de 54 anos com internamento prolongado na UCI por choque séptico com ponto de partida respiratório e necessidade de suporte ventilatório mecânico e bloqueio neuro-muscular, admitido no serviço de Medicina interna após estabilização clínica, apresentando queixas álgicas nas articulações coxo-femorais bilateralmente, impossibilitando a marcha. Ao exame neurológico constatava-se paraparésia dos membros inferiores, sem alterações da sensibilidade superficial mas com diminuição da propiocepção distal e dor intensa à mobilização e palpação das articulações coxo-femorais. O EMG revelou achados compatíveis com neuropatia do doente crítico, de predomínio miopático e a TAC de coluna e bacia demonstrou extensas calcificações dos tecidos moles e musculatura pélvica, bilateralmente. Foi instituída terapêutica com anti-inflamatórios e analgésicos para controlo das queixas álgicas, paralelamente a fisioterapia, com melhoria progressiva, deslocando-se com apoio à data de alta. O reconhecimento desta entidade patológica é importante no contexto da Medicina Interna quer pelo diagnóstico diferencial com patologias frequentes na fase de recuperação dos doentes críticos (como a neuropatia do doente crítico), quer pela morbilidade que confere aos doentes a longo prazo.

PO-13-12

ISQUÉMIA DIGITAL COM PULSOS ARTERIAIS PATENTES

Luís Melo, Joana Caetano, Joana Duarte, Célia Henriques, Susana Oliveira
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

Apresentamos o caso de uma doente de 43 anos, com síndrome de Sjogren, admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por choque séptico secundário a meningo-encefalite bacteriana a Streptococcus pneumoniae. Teve necessidade de suporte vasopressor com noradrenalina (NA) durante 48h, em dose máxima de 10mcg/min. Ao 3º dia na UCI desenvolve sinais de gangrena acral dos membros inferiores, simétrica, com atingimento dos dedos e da metade anterior da face plantar de ambos os pés, com pulsos arteriais palpáveis. A angioTAC dos membros inferiores exclui lesões arteriais significativas. O perfil de auto-anticorpos revelou ANA 1:640, SSA+ e SSB+, restantes auto-anticorpos negativos, C3 e C4 normais e crioglobulinas negativas. Tendo em conta a patologia auto-imune e o quadro séptico foram consideradas as hipóteses de isquemia digital por coagulação intravascular disseminada (CID), agravada pela NA, bem como a hipótese de vasculite. Iniciou enoxaparina, clopidogrel, pentoxifilina, e metilprednisolona 1g/dia durante 5 dias, seguido de prednisolona 1mg/kg/dia. Houve melhoria dos sinais de gangrena, tendo tido alta medicada com clopidogrel, pentoxifilina com redução lenta de corticoides. Aos 6 meses houve resolução total da gangrena, sem necessidade de amputação. Admitiu-se como hipótese mais provável uma isquemia arterial com pulsos por CID. A gangrena com pulsos arteriais é uma complicação rara da CID, que ocorre em < 1% dos doentes. Resulta da desregulação dos mecanismos anticoagulantes e formação de microtrombos nas arteríolas e vénulas da derme. É mais frequentemente em doentes críticos, com choque séptico ou cardiogénico, podendo ocorrer se houver um Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS) exuberante, mesmo sem critérios formais de CID. A mortalidade excede os 50%. O tratamento baseia-se na interrupção da geração de trombina com heparina. Dado o potencial de recuperação preconiza-se uma atitude expectante quanto à intervenção cirúrgica.

PO-13-13

PRECISAMOS DE UM NOVO SCORE SOFA?

Ricardo Marinho, Mariana Santos, Paula Castelões, Estevão Lafuente, Heloisa Castro, Sonia Cabral, José P. Moura, Marco Melo, Carla Magalhães, Paulo Martins, Bruno Oliveira, Andrea Salgueiro, Barbara Xavier, João Valente, Anibal Marinho
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

INTRODUÇÃO: O SOFA score é actualmente utilizado como um indicador de gravidade no doente crítico. Tem no entanto lacunas inerentes ao facto de não ter sido actualizado durante mais de 1 década. A amina vasopressora preferencial na actualidade é a noradrenalina (NA) em detrimento da dopamina. Doente mais idoso implica maior comorbilidades e maior grau de doença renal crónica sendo estes doentes interpretados como tendo uma lesão renal aguda pelo SOFA. A escala de Glasgow é frequentemente confundida com escala de sedação. OBJECTIVO: Comparar o score SOFA tradicional renal, cardiovascular e neurológico com novos indicadores de função (critérios de RIFLE, uma maior discriminação da dose de noradrenalina e a exclusão do SOFA neurológico). MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo, observacional, multicêntrico tendo-se procedido à colheita dos dados durante um período de 12 meses. Procedeu-se à colheita dos scores SOFA na admissão até ao máximo de 3 dias (D)), avaliação da escala de RIFLE e dose diária de NA. RESULTADOS: Avaliados 252 doentes, média de idades de 61,8 +/- 16,6 anos, taxa de mortalidade global de 25%. Na analise estatística dos dados obtidos verifica-se que no SOFA renal, a curva ROC evidenciou maior acurácia na relação com a mortalidade para o SOFA baseado nos critérios de RIFLE (AUC de 0,542 Vs 0,51, p=0,001) - 43 doentes apresentaram RIFLE D1<SOFA D1 e 16 RIFLE D1>SOFA D1. Para o sistema cardiovascular os novos cut-off de NA verifica-se um maior grau de concordância com a vantagem de ser mais objectivo: em D1 AUC de 0,460Vs 0,456 (k = 0.746), em D2 AUC- 0,533 Vs 0,532 (k =0.759), em D3 AUC - 0,553 Vs 0,551 (k= 0.796). Se excluirmos o SOFA neurológico a AUC é 0,478 Vs 0,461, p=0,001. CONCLUSÃO: O SOFA score ao ser uma ferramenta universal para estratificação de gravidade dos doentes críticos necessita de uma actualização mais regular e com parâmetros mais objectivos. As alterações sugeridas mostraram um poder discriminativo superior com os novos critérios.

PO-13-14

AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE NO IDOSO APÓS O INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS

João Fonseca, Ana Catarino, Nuno Devesa, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho, Jorge Pimentel
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução – Nas últimas décadas, verificou-se um número cada vez maior de idosos e muito idosos (85 ou mais anos) admitidos em unidades de cuidados intensivos (UCI). Existem poucos estudos sobre a avaliação prognóstica desta população. Objectivo- Avaliar a mortalidade a curto e longo prazo no idoso e muito idoso após o seu internamento em UCI. Métodos- Análise retrospectiva dos processos clínicos de 708 doentes com idade≥ 65 anos, internados numa UCI, entre Julho de 2011 e Dezembro de 2014. Foram calculadas curvas de sobrevivência aos 12 meses, sendo os doentes estratificados em 3 grupos de acordo com a faixa etária: a) 65-74 anos; b) 75-84 anos; c) ≥85 anos. Resultados - Coorte de 688 doentes. Média de idades: 76,5 anos. Da amostra inicial, 203 (29,5%) faleceram durante o internamento na UCI, e 485 tiveram alta, destes 194 (40,0%) eram mulheres. Doentes perdidos no follow-up: 12 (2,5%). Mortalidade cumulativa global após alta: 21,8% aos 30 dias; 32,8% aos 3 meses; 37,3 % aos 6 meses; 43,0% aos 12 meses. As maiores taxas de mortalidade cumulativa aos

12 meses foram observadas no grupo de indivíduos mais velhos, apresentando respectivamente no grupo: a) 33,8% (69 eventos em 203 doentes); b) 48,3% (94 eventos em 198 doentes); c) 59,9% (50 eventos em 84 doentes). Todos os grupos apresentaram mortalidade mais acentuada nos primeiros 30 dias após a alta. Conclusão – Um número significativo de idosos e muito idosos consegue sobreviver ao internamento em UCI, porém, uma porção expressiva acaba por morrer nos primeiros 12 meses após a alta. São necessários mais estudos e estratégias para identificar os idosos mais frágeis que beneficiariam de intervenção individualizada após a alta.

PO-13-15

BALANÇO HIDRICO. SUAS IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS?

Ricardo Marinho,Mariana Santos, Paula Castelões, Estevão Lafuente, Heloisa Castro, Sonia Cabral, José P. Moura, Marco Melo, Carla Magalhães, Paulo Martins, Bruno Oliveira, Andrea Salgueiro, Barbara Xavier, João Valente, Anibal Marinho
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

INTRODUÇÃO: Na atualidade a abordagem do doente com instabilidade hemodinâmica realiza-se numa fase inicial à base de fluidoterapia intensiva, contudo esta terapêutica pode estar associada a iatrogenia com agravamento do prognóstico. OBJECTIVO: Avaliar o impacto da fluidoterapia no prognóstico de doentes críticos.MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo, observacional, efectuado em 11 UCIs portuguesas de 9 hospitais. Envolvidos todos os doentes com mais de 18 anos de idade, ventilados, com tempo de internamento na UCI superior a 7 dias. Procedeu-se à colheita dos dados demográficos, quantidade de fluidos administrados (fluidoterapia, nutrição, volume de diluição de fármacos); total de fluidos excretados (diurese 24h, aspirado gástrico, drenos torácicos, abdominais); Balanço Hídrico (BH) diário, dose de noradrenalina (NA) e SOFA à admissão. RESULTADOS: 179 doentes, 59% do género masculino; idade – 65±16 anos, tempo médio de internamento – 15,4±6,1 dias, taxa de mortalidade 26,3%. Tipo de admissão mais frequente - foro médico (64,2%). SOFA dos melhorados - 5,3±2.9, dos falecidos - 7,6±2.6. Valor de NA à admissão - 0,12±0.27ug/Kg/min nos melhorados e 0,22±0.43ug/Kg/min nos falecidos. BH diário - 257,0 ±493,8 mL, (238,5 ±438,7 mL no melhorados e 307,8 ±709,9 mL nos falecidos). BH cumulativo médio foi 1881,6 +/- 358,8 mL, (1643,2 ±272,6 mL nos melhorados e 2535,7 ± 643,8 mL nos falecidos). Doentes falecidos apresentam uma variabilidade acentuada do BH (muito positivo nos primeiros dias e negativação muito rápida nos últimos dias), com um BH cumulativo médio de 3100ml positivos até ao 5º dia e de 2150 ao 7º dia; os melhorados apresentam BH neutros médios desde o 4º dia de internamento. CONCLUSÃO: Os resultados deste estudo vêm confirmar a necessidade de um controlo rigoroso dos BH dos doentes críticos. Verificou-se que flutuações acentuadas no BH diário, têm repercussões negativas para o prognóstico do doente. Doentes mais graves têm uma retenção hídrica mais pronunciada.

PO-13-16

INTOXICAÇÃO POR ETILENOGLICOL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Anabela Brito1, Inês Chora2, Nuno Príncipe3, Conceição Sousa Dias3
1 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL CONDE DE BERTIANDOS, SERVIÇO DE MEDICINA 2. 2 - CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, HOSPITAL DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA. 3 - CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, HOSPITAL DE SÃO JOÃO, UNIDADE DE CUIDADOS INTEN

INTRODUÇÃO: O etilenoglicol (EG) é um álcool de amplo uso na indústria como anticongelante e solvente. A intoxicação por EG (IEG) é pouco frequente. São pistas fundamentais para o diagnóstico a exposição conhecida ao tóxico e a presença de acidose metabólica (AM) com gap aniónico (GA) e gap osmolar (GO) elevado. CASO CLÍNICO: Homem, 48 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, transportado ao serviço de urgência por cefaleias, prostração e vómitos com uma hora de evolução. À admissão: abertura dos olhos à dor, discurso confuso, cumpridor de ordens simples, boa dinâmica ventilatória e estabilidade hemodinâmica. Analiticamente: AM com GA e GO elevados (PH 7.30; HCO3 20 mmol/L; GA 19 mmol/L; GO 123 mOsm/Kg, Lactatos 8 mmol/L), sem coagulopatia, disfunção renal, hepática ou hematológica. Confessada ingestão voluntária de anticongelante de veículos. Assumido IEG, efetuando-se entubação oro-traqueal para proteção da via aérea (visualizado exuberante rubor e edema supra-glótico de mucosas), lavagem gástrica, correção da AM (fluidos e bicarbonato), tiamina, hemodiafiltração venovenosa continua e administração de fomepizol. Admitido em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Doseamento sérico de EG à admissão: 400 mg/dl (conhecido à posteriori). Com os cuidados instituídos observou-se correção da AM, normalização do GA e GO e redução progressiva dos níveis de EG. Creatinina sérica máxima de 0.8 mg/dl com manutenção de adequado débito urinário. Suspensa técnica dialítica às 24 horas e administração de fomepizol ao 3º dia. Aquando do desmame ventilatório, confessou intenção suicida tendo sido orientado por Psiquiatria. CONCLUSÃO: A IEG pode originar condições ameaçadoras de vida, sendo habitualmente melhor abordadas em ambiente de UCI, pela rapidez com que são prestados os cuidados considerados adequados à situação individual do doente. É crucial a suspeita diagnóstica precoce, de forma a não atrasar o inicio de cuidados, reduzindo-se a elevada morbi-mortalidade associada.

PO-13-17

PNEUMONIA PIOGÉNICA SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO – UMA ASSOCIAÇÃO RARA E DEVASTADORA.

Filipe Filipe, Eva Claro, Rui Assis, Nuno Lopes, Lucília Pessoa, Tiago Pereira, Nuno Catorze
CHMT - UCIP ABRANTES

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é responsável por quadros respiratórios agudos em indivíduos de todas as idades, nomeadamente crianças e adultos com patologia cardiopulmonar ou imunocomprometidos. Os Estreptococcus do grupo A causam por infecções do tracto respiratório superior, da pele e tecidos moles e, em menor escala, por pneumonia, como sobreinfecção bacteriana a pneumonia viral (sobretudo Influenza). Os autores relatam o caso de uma doente de 63 anos sem antecedentes relevantes, admitida por febre, tosse produtiva com expectoração muco-purulenta. À observação, encontrava-se febril, polipneica, e taquicárdica, com fervores auscultratórios sub-crepitantes bilaterais. A nível laboratorial, apresentava leucopénia, elevação de reagentes de fase aguda, insuficiência respiratória parcial (pO2 63) com FiO2 60% e hiperlactacidémia. Foi iniciada antibioterapia com amoxiclavulanato e azitromicina. Por degradação franca da clínica respiratória, com hipoxémia grave, a doente foi sedada, entubada orotraquealmente e admitida em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Foi admitido choque séptico com disfunção renal e hepática. Por hipotensão, foi necessário suporte vasopressor com noradrenalina. Realizou TAC torácica que evidenciava extensos focos de condensação bilaterais, com derrame pleural bilateral. Ao 4º dia foi isolado Streptococcus pyogenes em 3 hemoculturas, sendo alterada antibioterapia para penicilina e clindamicina, que cumpriu durante 8 dias. No suporte ventilatório, verificou-se necessidade de pressões elevadas com PEEP altos para recrutamento alveolar. Com evolução clínica indolente, mas positiva, foi possível descontinuação progressiva do suporte vasopressor, ventilatório, e sedo-analgesia, com extubação ao 10º dia e alta ao 14º dia. Este caso ilustra a associação entre VSR e pneumonia a S. pyogenes, com ênfase na elevada virulência deste último, pelo quadro exuberante de pneumonia, que motivou internamento em UCI, para suporte e tratamento diferenciados.

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE — LCD #13

PO-13-18

PREDICTORES DE PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES PARA AMBULATÓRIO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sofia Nóbrega, Luís Ramos dos Santos, Dina Santos, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Objectivos: Os Inibidores da Bomba de Protões (IBP) são vastamente utilizados no tratamento da patologia gastrointestinal e prevenção da hemorragia digestiva

alta (HDA), mas frequentemente de forma inadequada nos doentes hospitalizados e com continuação desta terapêutica no momento da alta. O objectivo deste estudo foi avaliar os factores preditores de prescrição de IBP após alta hospitalar num Serviço de Medicina Interna. Métodos: Foi feito um estudo observacional prospectivo dos doentes admitidos num Serviço de Medicina Interna num período de 3 meses, com consulta diária dos processos clínicos e registo de dados demográficos, antecedentes, motivo de admissão, terapêutica de ambulatório/internamento e prescrição para ambulatório. Definiram-se critérios de adequação de prescrição de IBP: doença de refluxo gastroesofágico, doença ulcerosa péptica, erradicação de Helicobacter pylori, síndrome de Zollinger-Ellison, dispépsia funcional, prevenção de HDA no contexto de anti-inflamatórios não esteróides ou antiagregação. Resultado: Foram admitidos 585 doentes com idade média de 75 anos (±14.6). 55% dos doentes tinham pelo menos 4 comorbilidades à entrada. O tempo médio de internamento foi de 9.3 dias (±6.01). 163 doentes (28%) já eram medicados com IBP pré-admissão, 52% dos quais sem indicação. 212 doentes (36%) foram medicados com IBP à data de alta dos quais 122 (58%) inadequadamente. Os predictores de prescrição inapropriada foram: ter entre 4-6 comorbilidades, odds ratio (OR) 1.89 (1.15-3.10), ter 7-9 comorbilidades OR 4.51 (1.85-10.99) e ter >75 anos OR 4.83 (1.99-11.73). No entanto, o principal factor predictor foi o doente já ser medicado com IBP pré-admissão, OR 97.7 (48.06-198.73), sendo que esta variável exclui as restantes da regressão logística quando avaliada simultaneamente. Conclusões: A prescrição de IBP para ambulatório deve ser criteriosa, uma vez que a sua utilização indiscriminada associa-se a aumento desnecessário dos custos e risco de iatrogenia.

PO-13-19

QUALIDADE DO REGISTO CLÍNICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Andreia Tavares, Catarina Rodrigues, Luis Pedro Tavares
CHEDV, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os registos clínicos (RC) são uma fonte importante de informação e um meio de comunicação nos cuidados de saúde, pelo que a sua correta utilização/execução contribui para a melhoria dos serviços prestados ao doente. Em 2011, o RC foi instituído como Indicador de Qualidade (IQ) do Serviço de Medicina Interna (SMI) e desde então têm sido alvo de monitorização regular. Em 2013 foi implementado um novo IQ, o score "AVD-DezIS", que consistia na avaliação de: 4 itens básicos de atividade da vida diária (IQ1), 5 itens de atividade instrumental (IQ2) e 11 itens do perfil social e funcional (IQ3). Com este estudo, os autores pretendiam avaliar a qualidade dos RC no SMI durante o primeiro semestre de 2015 e comparar os resultados com os obtidos em 2013 (última monitorização). Foram selecionados, aleatoriamente, 25 processos clínicos por mês, entre Janeiro e Junho de 2015, perfazendo um total de 150 processos. Foram avaliados os diários clínicos e os relatórios de alta. Os parâmetros em avaliação incluíam: os registos de IQ1, IQ2, IQ3, a lista de problemas na véspera da alta (IQ4) e a indicação do prognóstico no relatório de alta (IQ5) (no caso dos óbitos intra-hospitalares foi considerado o prognóstico prévio à ocorrência). A informação no RC foi classificada como "adequada, escassa ou ausente". Os resultados foram satisfatórios no que diz respeito ao preenchimento adequado dos IQ1, IQ2 e IQ3 em 97,3% e do IQ4 em 76,7% dos casos, respetivamente. Mais baixo foi o valor de registo do IQ5, preenchido de forma adequada em apenas 58,7% dos casos. O resultado obtido no IQ1, 2 e 3 provavelmente deveu-se à existência de um formulário de preenchimento obrigatório. De modo geral, os resultados mostraram uma melhoria dos RC em comparação com os dados de 2013. Portanto, a implementação de um Indicador de Qualidade que monitoriza o RC parece ter contribuído para a melhoria da qualidade dos mesmos no SMI e, consequentemente, para a melhor prestação de cuidados de saúde.

PO-13-20

PRESCRIÇÃO ENDOVENOSA DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Luís Ramos dos Santos, Sofia Nóbrega, Dina Santos, Manuela Lélis, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução Os Inibidores da Bomba de Protões (IBPs) são vastamente utilizados no tratamento da patologia gastrointestinal e prevenção da hemorragia digestiva alta (HDA) iatrogénica, frequentemente de forma inadequada nos doentes hospitalizados. Objectivo Avaliar o uso de IBPs endovenosos (EV) num Serviço de Medicina Interna (MI), no que toca às indicações e aos custos. Métodos Estudo observacional prospectivo de 3 meses. Incluídas admissões consecutivas num Serviço de MI com idade ≥18 anos; excluídos os casos de IBP per os. Foram registados dados demográficos, motivo de admissão e medicação. As folhas terapêuticas foram consultadas diariamente para extracção de dados de prescrição. O uso de IBP IV só estava indicado em casos de DUP no contexto de endoscopia digestiva alta (EDA) e pós-EDA que confirmasse a presença de úlcera ou lesão não varicosa com alto risco para hemorragia recorrente e ainda doentes sem via oral patente com necessidade de IBP. O principal outcome consistiu em analisar a adequação da prescrição e custos. Resultados 225 doentes (38%) receberam um IBP EV na admissão ou durante o internamento, nenhum dos quais com indicação adequada segundo os nossos critérios. Contudo, 4 casos tiveram sinais clínicos e analíticos de HDA. 36 doentes (16%) teriam indicação para profilaxia de HDA mas com IBP per os. 58.5% dos doentes eram do sexo femino. Idade média foi de 75 anos (DP ±13.4). 208 doentes (94%) foram admitidos na Enfermaria. 81 (37%) já eram medicados com IBP pré-admissão, 54 (67%) dos quais sem indicação óbvia. 55% dos doentes tinham pelo menos 4 comorbilidades à entrada. O tempo médio de internamento foi de 9 dias (DP 6.1±). O custo total estimado pelo uso de forma IV ascendeu aos €1272.46, em média €2.17 (DP±2.91), variando de €0.63 a €18.27. Conclusão A prescrição de IBP EV deve ser revista visto a sua utilização estar limitada a contextos restrictos. A limitação da sua utilização permitirá reduzir despesas nos Serviços e para o SNS.

PO-13-21

AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA NO IDOSO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

Andreia Tavares, Catarina Rodrigues, Luis Pedro Tavares
CHEDV, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os doentes idosos encontram-se frequentemente polimedicados, aumentando o risco de interações farmacológicas e efeitos secundários. Beers et al. definiram critérios para determinar fármacos potencialmente inapropriados a idosos, que têm sido utilizados mundialmente para avaliar a prescrição médica. Desde 2013 que a avaliação da prescrição inapropriada no idoso foi definida como um indicador de qualidade (IQ) do serviço de Medicina Interna (SMI). A amostra deste estudo é constituída por 25 processos selecionados aleatoriamente a cada mês, entre Janeiro e Junho de 2015, totalizando 150 doentes. Excluíram-se da amostra a analisar, os doentes com idade inferior a 65 anos. Definiu-se como IQ 1 a indicação para uso de benzodiazepinas (BDZ) à data de alta (insónia, ansiedade, alterações do comportamento), IQ 2 a indicação para prescrição de anti-psicóticos (demência, psicose, alterações do comportamento) e IQ 3 a prescrição inapropriada à data de alta de anti-inflamatórios não esteróides (AINE) (Insuficiência Cardíaca, Doença Renal Crónica, Doença Ulcerosa Péptica). As BZD foram prescritas à data de alta em 24.2% dos doentes, sendo a indicação mais frequente o controlo de agitação (54.8%). Em 19.4% dos doentes medicados com BDZ não se encontrava explícito no registo clínico o motivo de prescrição. Apenas 10.2% dos doentes estavam medicados com anti-psicóticos sendo que a demência foi a indicação mais frequente. Apenas 3.9% dos doentes eram seguidos em consulta de Psiquiatria. Relativamente aos doentes medicados com AINE, 2 apresentavam Insuficiência Cardíaca. A frequência de prescrição de BDZ, anti-psicóticos e AINE no presente estudo é inferior ao que tem sido relatado na literatura, assim como é inferior ao encontrado na última avaliação deste IQ no SMI. Apesar das limitações do estudo, ressalva-se a

necessidade de manter uma monitorização regular da prescrição destes fármacos no sentido de melhorar os cuidados prestados e diminuir a iatrogenia.

PO-13-22

INTERNAMENTOS PROLONGADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA – ESTUDO RETROSPECTIVO DE 1 ANO

Marta Manso, Nuno Monteiro, Inês Cruz, Raquel Domingos, Manuela Soares, Manuel Nisa Pinheiro, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL DE EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA II

INTRODUÇÃO:A duração de internamento é o número de dias de internamento por doente, num dado período de tempo. É considerada uma medida de eficiência, sendo frequentes as estratégias para reduzir a sua duração. Além do custo, os internamentos prolongados (IP) estão associados a infecções nosocomiais, iatrogenia, declínio funcional e aumento da mortalidade. OBJECTIVO: Identificar, descrever e caracterizar as causas dos IP. MÉTODOS:Estudo observacional retrospectivo dos internamentos com duração superior a 10 dias, num serviço de Medicina, num período de um ano. RESULTADOS:Amostra de 205 doentes com idade média de 80,6 anos, 58,5% do sexo feminino. Todos com internamentos superiores a 10 dias, média de 21,4 dias. O Índice de Karnofsky médio foi 61% e o Índice de comorbilidade de Charlson de 6,7, espelhando o peso das comorbilidades na sobrevida; 72.8% eram parcial ou totalmente dependentes. Surgiram intercorrências (por vezes múltiplas) na origem do IP em 70.7%, e as intercorrências de qualquer tipo associaram-se de forma estatisticamente significativa com o IP. As mais frequentes foram infecção em 88 casos (principalmente respiratória e urinária), causas médicas não infecciosas em 52, problemas sociais em 44 e falha na comunicação com a família em 5. Em 29.3% dos casos não existiram intercorrências, sendo o IP por necessidade de completar antibioterapia, demora nos exames complementares e investigação diagnóstica prolongada. Do total, 100 doentes estiveram algaliados, 21 sonda nasogástrica colocada e 20 cateter venoso central. Não foi possível avaliar o dia de levante, nem os dias de utilização dos dispositivos descritos. CONCLUSÃO:As intercorrências infecciosas são o principal motivo de IP e muitos doentes têm dispositivos que aumentam o risco infeccioso. A revisão da antibioterapia e da necessidade de dispositivos e a criação de condições de recuperação dos doentes no seu domicílio, quando estabilizada a doença aguda, são essenciais para reduzir os IP.

PO-13-23

NÍVEL SOCIOECONÓMICO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Rita Gameiro, Nuno Raposo, Sara Freitas, Ana Isabel Reis, Joana Oliveira, Diana Repolho, Ana Catarina Rodrigues, Vanda Jorge, Ana Filipa Barros, Ana Grilo, Bárbara Picado, Sónia Passô, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: Com o aumento da longevidade de vida, a percentagem de idosos tem aumentado. Este envelhecimento associa-se a maior número de comorbilidades, dependência e internamentos por descompensação de doença crónica, com agravamento nos grupos de menor nível socioeconómico. OBJECTIVOS: Caracterizar em termos demográficos e funcionais uma coorte da população internada num Serviço de Medicina Interna, determinando a existência de relações entre dias de internamento, idade, classe social e grau de dependência. MÉTODOS: Cada doente preencheu um questionário com a escala de Graffar e de Barthel, comparando-se os resultados com dados obtidos a partir do Censos 2011, Pordata® e do Eurostat database 2015 com recurso ao teste de $\chi 2$. RESULTADOS: Obtiveram-se 54 questionários, 57% relativos a homens, com idade média de 77 ± 9,7 anos, tendo 80% mais de 65 anos, com uma média de 15 dias de internamento. Da população analisada, 64% pertencia a uma classe social média baixa e baixa. Relativamente à escolaridade, 29% tinham o 1º ciclo de ensino básico ou menos e 4% frequentou o ensino superior, não tendo estes resultados significado estatístico comparativamente à população residente na Grande Lisboa. Quanto ao grau de autonomia, 57% tinham uma grave limitação nas suas actividades da vida diária, sendo significativamente superior à população portuguesa em geral ($p < 0.01$). No grupo com mais de 65 anos, esse número aumenta (65%), sendo a grande maioria do sexo feminino (60%). Observou-se que os doentes com maior grau de dependência tinham maior número de dias de internamento à data da colheita dos dados. DISCUSSÃO: Conclui-se que a população de doentes observados neste Serviço é envelhecida, de classes sociais mais baixas, com baixo grau de instrução e com alto grau de dependência. As limitações deste estudo estarão no tamanho reduzido da amostra, na análise de apenas um dia de internamento e na interferência de factores não avaliados, constituindo uma base para novas análises.

PO-13-24

UMA ´SITUAÇÃO SOCIAL NÃO RESOLVIDA´ COM TRADUÇÃO CLÍNICA

Hernando Campos, Alexandra Novais Araújo , Maria Adélia Castelo Branco, Glória Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Homem de 62 anos, que reside sozinho em domicílio social pago pela Santa Casa da Misericórdia, com antecedentes de Hipocaliémia crónica por perdas gastrointestinais (uso excessivo de laxantes), Obstipação crónica, Doença renal crónica, Anemia multifactorial e Osteoporose. Ilustramos este caso por se tratar de internamentos recorrentes por Hipocaliémias, com frequentes episódios de Acidemia metabólica e agravamento renal, datados na instituição hospitalar desde 1995 num total de 125 internamentos até dezembro de 2015. Apesar da correta correção do défice de Potássio e das alterações do equilíbrio ácido-básico, tem tido altas e internamentos recorrentes (25 no último ano) por este diagnóstico, tendo sido identificada a causa de autoindução de diarreias e vómitos por uso de laxantes com a correspondente Hipocaliémias que motivam os internamentos. Embora tenha sido avaliado em varias oportunidades nos diferentes internamentos pela Psiquiatria, não se tem conseguido apurar patologia psiquiátrica que permita enquadrar este doente dentro de um trastorno psicopatológico. Além disso, tem-se esgotados todos os esforços da parte social para prover acompanhamento e/ou institucionalização, porque o doente recusa a ajuda. Concluindo, este caso exemplifica o uso indevido do Sistema Nacional de Saúde, que converte uma "situação social" não resolvida em uma situação clínica, com a tradução correspondente no doente de aumento da morbimortalidade e risco acrescentado de infeções nosocomiais, à diminuição dos Indicadores de Gestão e Hospitalar: aumento da Demora Média, taxa de reinternamentos e custos elevados. No caso descrito, calcula-se um total de 333 idas à Urgência, 125 internamentos, 718 meios auxiliares de diagnóstico e 315000€ de gastos hospitalares em internamento.

PO-13-25

PREVALÊNCIA PONTUAL DA DEPENDÊNCIA E MULTICOMORBILIDADES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Fátima Leal-Seabra, Rosa Ferreira, Gonçalo Sarmento, Rafaela Verissímo, Agripino Oliveira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Introdução: As comorbilidades dos doentes influenciam o seu estado de saúde e funcional, sendo escassos os índices de prognóstico que incluam estes dois domínios. Objetivo: Identificar a dependência e o número de comorbilidades presentes num Serviço de Medicina Interna [SMI]. Material e Métodos: Estudo de prevalência pontual dos doentes internados nas enfermarias gerais dum SMI tendo sido colhidas variáveis demográficas, comorbilidades e devices utilizados. Foi definida como multicomorbilidade quando presentes duas ou mais comorbilidades. Na estratificação da dependência foi utilizada a escala de Katz modificada. Realizamos a dicotomização das variáveis para serem comparadas usando o teste exato de fisher para o valor de $p< 0,05$ e determinação do risco relativo. Resultados: Dos 126 doentes 82,5% eram idosos, com idade mediana de 78 e amplitude interquartil 68.0-84.2anos, em que 54% [n=68] eram do sexo feminino. A mediana do número de comorbilidades foi 4 com amplitude interquartil de 2-5. Foram identificados 88,1% com multicomorbilidades, 29,4% [n=37] algaliados e 31.7% [n=40] com sonda nasogástrica e cuja associação dos

devices totalizaram 41,3% [n=52]. Na estratificação do índex de Katz encontramos sem alteração da funcionalidade em 38,9% [n=49], alteração moderada 31% [n= 39] e grave alteração 30,2% [n=38]. Constatamos que o idoso apresenta mais dependência [RR=2.1; IC 1,13-3.95] maior associação ao device [RR=2.53; IC 1.02-6.30] e associa-se à multicormobilidade [RR=1.92; IC 1.26-2,92]. Conclusão: Neste período em análise verificamos que nas enfermarias gerais do SMI, o perfil de internamento é o idoso com multicormobilidade e com utilização de device.

PO-13-26

INTERNAMENTO DOMICILIÁRIO – PROJETO PIONEIRO – A NOSSA EXPERIÊNCIA

Vitória Cunha, Pedro Correia Azevedo, Rita Nortadas, João Correia, Francisca Delerue
HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Objetivo: Descrever a atividade assistencial da primeira Unidade de Hospitalização Domiciliária portuguesa. Métodos: Recolha de dados no sistema informático hospitalar e análise em SPSS. Resultados: Nos primeiros 73 dias de atividade foram admitidos 45 doentes com uma média de 69 anos de idade (mínimo 21, máximo 91; 78% tinham mais de 60 anos), 60% do sexo feminino. A demora média de internamento foi 9,6 dias (mínimo 1 dia e máximo 30). Relativamente ao estado funcional à admissão 69% eram autónomos, 13% parcialmente dependente e 18% totalmente dependente. Das comorbilidades mais frequentes salienta-se a hipertensão arterial em 64%, dislipidémia (56%), 38% diabetes, 36% insuficiência cardíaca (IC), 18% história prévia de AVC e 18% fibrilhação auricular. Os doentes estavam previamente medicados com uma média de 6,3 fármacos; quase um terço estavam sob 7 a 10 fármacos. Os diagnósticos principais mais frequentes foram pneumonia bacteriana (33,3%), IC (22,2%), pielonefrite aguda (13,3%), cistite aguda (11,1%), erisipela (4,4%). O diagnóstico secundário mais frequente foi insuficiência respiratória (24,4%). À admissão 73% apresentava score de MEWS inferior a 3, e 80% score de Charlson inferior a 4. Em 31% houve isolamentos microbiológicos; apenas se isolou um agente multirresistente. Houve 2 transferências intrahospitalares (1 por agravamento clínico, 1 a pedido do doente). Em 11 doentes houve ativação da prevenção médica e/ou enfermagem. Aos 30 dias após a alta 56% encontram-se estáveis, 3 doentes foram reinternados e os restantes aguardam reavaliação em consulta. Conclusões: A tipologia de doentes admitidos até ao momento contempla maioritariamente doentes complexos com múltiplas co-morbilidades e polimedicados, à semelhança da habitual enfermaria de Medicina Interna; os diagnósticos principais são também semelhantes embora com menor gravidade à admissão. Pretende-se continuar a desenvolver este projeto pioneiro em Portugal e abranger o máximo de patologias possíveis.

PO-13-27

O INTERNISTA COMO CONSULTOR - EXPERIÊNCIA DE UM ANO NUM HOSPITAL CENTRAL

João Paulo Correia, Maria Inês Correia, Alexandra Malheiro, Ana Isabel Costa, Luis Marote Correia, Ana Sofia Silva, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Introdução: A Medicina Interna assume um papel cada vez mais preponderante no apoio ao funcionamento e organização dos internamentos hospitalares agudos. A actividade de consultoria prestada pelos internistas é uma das muitas vertentes em que essa função é mais evidente. Este trabalho teve como objectivo avaliar a actividade de consultoria da Medicina Interna num hospital central durante o ano de 2015. Material e Métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva de todos os pedidos de consultoria recebidos pela Medicina Interna no período entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2015. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico electrónico. Resultados: Durante o período em análise, foram efectuados 490 pedidos de consultoria a um total de 408 doentes, sendo que 15.7% dos pedidos correspondiam a doentes já observados pela Medicina Interna nesse internamento. Cada pedido demorou em média 5 dias a ser concluído, o que resultou num total de 2543 observações. A maioria dos doentes observados era do sexo feminino (60.2%) e a média de idade foi de 70 anos. O serviço que mais solicitou o apoio da Medicina Interna foi o serviço de Ortopedia (33.7%), seguindo-se a Cirurgia Geral (28.6%) e Ginecologia (9.8%). A maioria dos doentes permaneceu no serviço onde estava internado após o apoio da Medicina (84.3%), enquanto outros foram transferidos para o serviço de medicina intensiva (2,2%) ou para outra enfermaria (1.0%). A mortalidade durante a observação da medicina foi de 6,1%. O principal motivo de chamada foi por dispneia e o principal diagnóstico após consultoria foi infecção respiratória. Conclusão: Este trabalho salienta a crescente importância que a consultoria da Medicina Interna assume no funcionamento de um hospital de agudos. O internista, com uma capacidade de integração dos diferentes conhecimentos, revela-se cada vez mais determinante para a melhoria da prestação de cuidados médicos prestados ao doente internado.

PO-13-28

URGÊNCIA INTERNA HOSPITALAR, AVALIAÇÃO, QUANTIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

Heidi Gruner, Catarina Frias, Valentina Kryvonos, Francisco Guilherme Magalhaes, Liliana Alves, António Malhado, António Panarra, Catarina Salvado
CHLC - HOSPITAL DE CURRY CABRAL, URGÊNCIA INTERNA

Introdução: A Urgência Interna (UI) é indispensável para garantir a "segurança" do doente nas 24 horas. Por um lado temos de perceber o que se faz de modo a planear adequadamente as necessidades, por outro lado é cada vez mais necessário quantificar os actos médicos para que estes sejam valorizados e adequadamente remunerados. Objetivos: Caracterizar a atividade de UI de um Hospital Central. Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo do ano 2015 da base de dados da UI de um Hospital terciário. Foram avaliados os pedidos de apoio no relativo à data, motivo do pedido de apoio e destino dos doentes. Resultados: Os 5782 pedidos de apoio equivaleram à observação de 16,42 doentes/dia, nos 352 dias com chamadas reportadas, sobretudo nos meses de Janeiro (645:11.6%), Dezembro (563;9,7%) e Novembro. O motivo do pedido de apoio foi: admissão de doentes na enfermaria (1691;29,3%); ajuste terapêutico (721;12,5%); observação de exames complementares (717;12,4%); necessidade de colheita de análises (269;4,6%). No relativo a sinais, sintomas ou doenças que motivaram o pedido de apoio, a agitação psicomotora (325;5,6%) e prostração em 84 doentes; fibrilhação auricular (100 doentes;1 a cada 3,5dias); ventilação não invasiva (84;1/4,2dias); febre (100; 1/3,5dias), edema agudo pulmão (76; 1/4,6dias); quedas em 77 e necessidade de transfusão em 34 doentes. Do destino a referir doentes transferidos para Unidades diferenciadas (58; 1,1%) nomeadamente 1 cada 6,1 dias; doentes com alta programada ou contra parecer médico (34;0,6%),óbitos(53;0,9%). Discussão: A base de dados tem múltiplos vieses porque as equipas não preenchem a grelha, ou o fazem de modo incompleto. Não é considerado o tempo dedicado a cada chamada (de minutos a horas). Por outro lado há poucos dados na literatura sobre a observação de doentes no âmbito da UI, pelo que não podemos efetuar comparações. É sobretudo discutido o indiscutivel "burn out" dos médicos, associado a esta atividade.

PO-13-29

A VIGILÂNCIA ANTIBIÓTICA

Daniela Marques Marto, Alexandra Caeiro, Helena Pacheco, Catarina Salvado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. - GRUPO COORDENADOR LOCAL PPCIRA [PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS]

Os autores resumem a validação antibiótica (no âmbito do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica - PAPA) referente às prescrições de carbapenemes e quinolonas no seu hospital durante o ano de 2015. Corresponderam a um total de 2002 prescrições; 41,3% em serviços de Cirurgia e Transplantes, seguindo-se os serviços de Medicina Interna, com 20,3%. Das 2002 prescrições foram validadas 1255 (63%). A taxa de prescrições validadas na Cirurgia foi de 26,7%. A distribuição de prescrições foi idêntica para as duas classes antibióticas. De entre as quinolonas prescritas, 33% foram prescritas em profilaxia de actos cirúrgicos ou procedimentos endoscópicos. No total das prescrições houve isolamento de agente microbiológico em 596 casos (35%). O papel da vigilância da prescrição antibiótica é fulcral na tentativa de controlo da emergência e disseminação de infecções por bactérias multirresistentes, particularmente

importante em ambiente hospitalar. O diálogo atempado com os prescritores, nem sempre fácil, baseado em evidências científicas e em protocolos consensuais, são atitudes alvo a incrementar.

PO-13-30

UMA VISÃO RETROSPECTIVA DA REFERENCIA-ÇÃO À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Joana Rodrigues, André Simões, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: Da mudança socioeconómica, emergiu a necessidade de criação de uma estrutura de apoio – a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem por objectivo a prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência. Objectivo: Caracterização da referenciação para a RNCCI num serviço de Medicina Interna. Métodos: Estudo observacional retrospectivo baseado na recolha de informação de processos de referenciação para a RNCCI num serviço de Medicina Interna, em 2014 e 2015. Resultados: Referenciaram-se 184 doentes, com aumento de 6,9% de 2014 para 2015. Destes: 67,1% foram colocados; o processo foi encerrado por alteração da situação clínica, em 4,9%, ou recusa, em 8,3%; registou-se óbito em 19,7% (60,6% no hospital). A idade média era de 79±9,5 anos (53,8% com idade >80 anos), sendo o género feminino mais prevalente (54,1%) e mais idoso (81±9,1vs78±9,4 anos; p=0,002). A maioria era solteiro ou viúvo (61,1%). 92,8% residiam em domicilio, 23,6% destes sozinhos. 70,7% apresentavam algum grau de dependência (47,5% eram totalmente dependentes) e no internamento houve agravamento da dependência em 12,6%. Principais motivos de referenciação: 85,3% dependência; 70,1% gestão terapêutica; 48,4% manutenção de dispositivos; 42,8% reabilitação; 27,2% controlo sintomático; 25,5% tratamento de feridas. A tipologia de referenciação: 47,2% equipa de cuidados continuados integrados 18,9% unidade de média duração e reabilitação (UMDR); 15% unidade de longa duração e manutenção (ULDM); 15% unidade de cuidados paliativos (UCP); 3,9% unidade de convalescença (UC). Entre 2014 e 2015 verificou-se: menor referenciação para UMDR (-30%); maior para ULDM (70%), UC (57%), UCP (7,7%). Conclusões: Os doentes referenciados constituem uma população envelhecida, com comorbilidades, elevado grau de dependência e sem rede familiar, pelo que a necessidade da RNCCI é crescente e assume importância crucial na prestação de cuidados de saúde.

PO-13-31

O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA REFERENCIAÇÃO À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Marta Freixa, André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a principal causa de morte e incapacidade. Objectivos: Caracterização dos doentes referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com diagnóstico de AVC e comparação com os restantes doentes. Métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise de 184 processos de referenciação à RNCCI em dois anos. Categorizou-se doentes internados por AVC (G1, n=52) e doentes internados por outro motivo (G2). Resultados: (1) O género feminino foi mais prevalente em ambos (55,8vs53,4%; p=0,87). (2) No G1 eram: mais novos (76,4±12,2vs80,2±7,9 anos); maioritariamente independentes nas actividades (61,5vs16,3%; p<0,01); residiam em domicílio (100vs89,9%, p=0.019), dos quais 21,6% sozinhos (vs24,2%, p=0,687). (3) Não houve diferenças significativas das comorbilidades, mas no G2: maior prevalência de AVC prévio (23,1vs13,7%; p=0,138) e neoplasia (33,6vs5,9%; p<0,01); pior status prévio - úlcera de pressão (16,9vs1,9%; p=0,006), sonda nasogástrica (SNG) (3,1vs2,0%; p=0,699), algaliação (8,4%, p=0,031) e PEG (3,8%, p=0,153). (4) No G1 36,5% necessitaram de SNG (vs22%) e 7,7% algaliação (vs11,5%). (5) O principal motivo de referenciação foi a necessidade de fisioterapia (76,9vs23,7%; p<0,001) no G1 e a gestão terapêutica (78,6vs53,8%, p=0,001) no G2. (6) No G1 houve maior referenciação para a Unidade de Média Duração e Reabilitação (36,5%), já no G2 para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (48,4%) e Unidade de Cuidados Paliativos (20,3vs1,9%; p<0,001). (7) A taxa de mortalidade em G1 foi inferior (9,6vs23,7%; p=0,038). Conclusão: As referenciações por AVC foram maioritariamente motivadas por incapacidade funcional e dependência, em doentes com maior potencial de reabilitação. A integração destes doentes na RNCCI assume um papel crucial na recuperação de autonomia, sendo este um dos principais objectivos da RNCCI.

PO-13-32

ATIVIDADE ANUAL DE UM CENTRO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Maria Manuela Soares, Margarida Raposo, Augusta Gaspar, R Elisabete, Fernando Pinheiro, Ana Almeida, Maria Dulce Gonçalves
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

Introdução: A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) integra um conjunto de instituições que prestam apoio médico e social a pessoas em situação de dependência. As equipas de gestão de alta (EGA) dos hospitais visam a sua operacionalização, articulando os vários intervenientes com a coordenação. Objetivo: Avaliar a atividade anual de referenciação de doentes de um Centro hospitalar composto por 3 unidades (H1, H2 e H3) à RNCCI e a resposta dada pela RNCCI às solicitações recebidas. Material e métodos: Revisão sistemática dos registos da Plataforma informática da RNCCI e dos dados a nível da EGA no periodo entre 1 de janeiro 2014 e 5 janeiro 2015. Resultados: Efetuadas 594 referenciações, idade >65anos em 81% e <65anos em 19%, 34% dos doentes sinalizados até 10dias. Os doentes admitidos foram 204/34% (H1 106/31%, H2 89/40%, H3 9/28%). O nº de óbitos ocorrido foi de 155/26%. O nº de episódios cancelados foi 154/26%. À data: 30% com admissão efectivada, 65% com alta hospitalar, 2% aguardava utente, 2% aguardava alta,1% aguardava transferência. outros estados de tramitação: 81 (27 aguardavam vaga, 25 novos e restantes a completar, a documentar, pre-alta ou avaliação). Discussão: Verifica-se predominância de doentes idosos. O Centro hospitalar cumpriu objetivo de referenciação apesar de variabilidade entre os serviços de medicina e de cirurgia (67% referenciações da responsabilidade de 9 serviços e restantes 33% de 21serviços). Do ponto de vista da integração na RNCCI foram admitidos 34% dos referenciados (30% com alta efetivada e 65% aguardando no hospital após alta clínica). Conclusão: A resposta da RNCCI mostrou-se claramente insuficiente em relação às necessidades existentes. Urge a caracterização dos doentes no que concerne a dependência e integração na família e comunidade, bem como o acompanhamento da medicina ambulatória e a otimização dos recursos disponíveis.

PO-13-33

A IMPORTÂNCIA DO METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO.

André Real, Alice Lança, Carolina Sepúlveda, Cristina Lopes, Inês Coelho, Jorge Nepomuceno, António Patrício.
CHMT - HOSPITAL DE ABRANTES, S. MEDICINA INTERNA.

Introdução: As causas de hipercalcemia classificam-se segundo os valores de PTH (suprimida ou normal / elevada), sendo que mais de 90% das causas de hipercalcemia são atribuídas ao hiperparatiroidismo primário (PTH elevada) ou malignidade (PTH suprimida), no entanto outras doenças devem ser consideradas, nomeadamente as doenças granulomatosas. Caso clínico: Homem de 51 anos, com antecedentes patológicos de hiperuricemia medicada com alopurinol 300 mg/dia. Recorre ao médico de família por perda de peso (20 Kg), adinamia, astenia, perda de apetite, tosse seca e hipersudorese noturna. Analiticamente com creatinina elevada (3,1 mg/dL) pelo que é pedida consulta de Nefrologia. Na consulta decide-se por internamento para estudo etiológico de alteração da função renal. Ao exame objetivo salienta-se emagrecimento, normotenso, sem sinais de sobrecarga hídrica. Dos MCDT's destaca-se: hipercalcemia (11,5 mg/dL), PTH < 3 pg/mL, proteinúria > 1g/24h, SACE 197 U/L. Rx tórax com infiltrado intersticial bibasal. TAC tórax: "sem adenopatias hilares, discreta densificação em vidro despolido...". Broncofibroscopia: sem alterações. LBA: linfocitose e relação CD4+/CD8+ 19,7. Eco renal sem

alterações. Biópsia renal com pequenos granulomas sem caseificação, a favor de nefrite intersticial granulomatosa. Discussão: Trata-se de um caso de sarcoidose com envolvimento renal e pulmonar (estadio 3), pelo que se iniciou corticoterapia na dose de 1 mg/Kg e proteção gástrica com recuperação do peso e função renal, encontrando-se o doente assintomático. Conclusão: Na presença de hipercalcemia (>10,5 mg/dL) devemos dosear a PTH. Se esta estiver suprimida o doseamento do calcifediol e do calcitriol permitem uma suspeita diagnóstica mais exata. Na presença de calcifediol normal e calcitriol elevado a sarcoidose, a tuberculose e os linfomas são as patologias a ter em conta.

OUTROS **LCD #13**

PO-13-34

SARCOIDOSE – FORMA POUCO COMUM DE APRESENTAÇÃO

Cristina Lameirão Gomes, Renata Violante Silva, Ana Vaz Cristino, Paulo Carrola, Presa Ramos
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Algumas doenças, como a sarcoidose, não apresentam um teste diagnóstico definitivo, sendo necessária uma abordagem cuidada para se obter um diagnóstico. 20-30% dos doentes com sarcoidose apresentam alterações hepáticas. Caso clínico: Mulher de 57 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hábitos tabágicos cessados. Referenciada à consulta de Hepatologia por colestase hepática. Apresentava serologias víricas e auto-imunidade negativas e hipergamaglobulinemia monoclonal do tipo G. Na ecografia abdominal constatou-se fígado de dimensões normais, contornos regulares e com textura heterogénea de forma difusa compatível com doença hepática crónica. Submetida a biópsia hepática que evidenciou arquitetura hepática globalmente preservada, com discreta distorção fibrótica por fibrose portal e, ocasionalmente, em septos incompletos porto-portais, acompanhados de discreto infiltrado inflamatório mononuclear com diversos granulomas epitelióides não necrotizantes com múltiplas células gigantes multinucleares, compatível com lesões de hepatite granulomatosa em contexto de provável sarcoidose. Na tomografia torácica verificaram-se infiltrados reticulo-micronodulares bilaterais, com ligeiro reforço difuso no interstício peribroncovascular. Realizou broncofibroscopia que não revelou alterações e lavado bronco-alveolar com contagem celular normal, mas com linfocitose (relação CD4/CD8 de 13) e pesquisa de bacilo álcool-ácido resistentes negativa. Sem evidência de atingimento de outros órgãos. Conclusão: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica, de etiologia desconhecida. A maioria dos doentes não necessita de terapêutica (assintomáticos e doença não progressiva), apresentando remissão espontânea. Apesar do prognóstico favorável, a vigilância periódica é fundamental para evitar progressão da doença ou recidiva.

PO-13-35

MIOPATIA QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL (?)

Albina Moreira, Tiago Fernandes, Ana Lisa Lima, António Furtado
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória idiopática com manifestações cutâneas características, podendo haver também atingimento multiorgânico Descreve-se o caso clinico de uma mulher de 56 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo. Internada por mialgias, poliartralgias das grandes articulações, fraqueza muscular, astenia e eritema macúlo-papular nas áreas de exposição solar com 1 mês de evolução e agravamento progressivo. Medicada com corticóide em baixa dose que suspendeu por não apresentar melhoria. Objectivamente apresentava: poiquilodermia (em V na região torácica-cervical), pápulas eritematosas nas articulações metacarpo - falângica, fraqueza muscular mais acentuada nos membros superiores a nível proximal, dor à palpação das massas musculares nos membros superiores e inferiores. Análises com aumento da lactato desidrogenase (333 U/l), da aldolase (10.3 UI/l), velocidade de sedimentação na 1ª hora (52 mm/1ª hora) e da proteína C reactiva (190 mg/L), creatinina cinase normal. Hemograma, perfil hepático, função renal e estudo imunológico sem alterações. Serologias: HIV; Hepatite B e C, pesquisa de borrelia negativas. Electrocardiograma normal. Eletromiografia mostrou sinais de irritabilidade de membrana sarcoplasmática. Biópsia cutânea: compatível com pápula de Gottron, biópsia do músculo normal e anticorpos específicos (anti SRP e anti Mi-2) negativos. Sem evidência de neoplasia tubo digestivo, mamária, pele, tiróide; nem massas ou adenomegalias identificadas. Iniciou terapêutica com corticoide com melhoria significativa. Na dermatomiosite existe um risco 5- 7 vezes superior à população geral de neoplasia. O prognóstico está relacionado com a severidade da miopatia, a presença de neoplasia associada, o atingimento esofágico e/ou cardiopulmonar. No caso acima descrito não foram identificados factores de mau prognóstico, tendo a doente apresentado boa evolução clínica.

PO-13-36

REAÇÃO ALÉRGICA OU ALGO MAIS?

Cátia Cabral, Joana Capelo, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Objetivo:O síndrome de Lyell (S. Lyell) é uma forma extensa de necrólise epidérmica tóxica caracterizada por destruição e destacamento do epitélio da pele e das mucosas.A incidência anual é de 1/1,000,000.Pode ser desencadeado por fármacos, infeções ou transplante de medula óssea O prognóstico é reservado,com mortalidade de 3,2% a>90% dependendo do SCORTEN (severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis). Métodos:Descrição de caso clínico por revisão do processo. Resultados:Mulher de 76 anos admitida em internamento por reacção eritematosa pruriginosa no tronco,admitindo-se então etiologia alérgica.Sem outras queixas. Medicada 4 dias antes para infeção respiratória com cefuroxime,dexibuprofeno e paracetamol.Antecedentes de hipertensão arterial, hiperuricemia,hipotiroidismo e nefrectomia 6 meses antes por neoplasia maligna renal.Inicialmente apresentava-se hemodinamicamente estável,apirética,com lesões papulares eritematosas pelo tronco sem áreas de epidermólise;sem outras alterações.Analiticamente salientava-se insuficiência renal, normoglicemia, hepatite de padrão colestático, ligeiro aumento dos parâmetros de inflamação.Ao 3º dia de internamento surgiram de novo algumas lesões bolhosas no tronco e discretas ulcerações na mucosa oral permitindo o diagnóstico de S. Lyell.Iniciou de imediato tratamento específico com Imunoglobulina, isolamento e restante tratamento de suporte; por agravamento da extensão das lesões foi transferida para unidade de queimados.O calculo de SCORTEN foi de 4 correspondendo a uma mortalidade superior a 58,3%. Nesta unidade a doente não teve resposta ao tratamento, tendo vindo a falecer após uma semana. Conclusão:Apresenta-se caso de reação adversa grave a fármaco introduzido para tratamento de infeção respiratória.Inicialmente não tinha características bem definidas o que dificultou o seu diagnóstico.Apesar de tratamento otimizado, dada a grande extensão que atingiu e restantes critérios de gravidade, a doente veio a falecer.

PO-13-37

MIELITE TRANSVERSA – UM DESAFIO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Ana Afonso, Eduarda Comenda, Nadine Monteiro, Helena Vitorino, Ascensión López, Claudia Jesus, Joana Mariz, Helena Cantante
HOSPITAL DOS LUSÍADAS LISBOA - UNIDADE DE MEDICINA INTERNA

A Mielite Transversa é uma doença neurológica causada por um processo inflamatório da medula, que causa desmielinização axonal. A literatura sugere uma taxa anual da incidência de 1,34 casos por milhão de pessoas. Os autores apresentam 2 casos clínicos de mielite transversa, de apresentação semelhante mas evolução díspar: Caso 1 – Doente de 54 anos e sexo feminino, previamente saudável, com quadro de instalação súbita de diminuição da força muscular ao nível dos membros inferiores, precedida de lombalgia e retenção urinária. Ao exame objetivo salientava-se paraplegia hipotónica e reflexos osteoarticulares abolidos. A ressonância magnética do neuro-eixo documentou lesões compatíveis com mielite transversa. Iniciou terapêutica corticoide com melhoria do ponto de vista sensitivo, mas sem recuperação motora, mantendo-se algaliada e com incapacidade na marcha. Caso 2 – Doente de 63 anos e sexo masculino, com quadro de infeção respiratória, precedido cerca de 1 semana

depois, de episódio de retenção urinária e diminuição da força muscular ao nível dos membros inferiores, de instalação rápida. Ao exame objetivo salientava-se febre, paraparésia flácida, reflexos diminuídos mas presentes. A ressonância magnética do neuro-eixo documentou lesões sugestivas de mielite transversa. Iniciou corticoterapia. Inicialmente verificou-se agravamento neurológico significativo, mas posteriormente e com fisioterapia diária houve lenta mas consistente recuperação. Esta doença constitui um desafio para o Internista; pela necessidade de um rápido diagnóstico, pela lenta recuperação neurológica e pelas múltiplas intercorrências infeciosas.

PO-13-38

NEM TUDO O QUE PARECE É!

Maria Margarida Robalo, Joana Sotto Mayor, Ana Paula Pacheco, Sofia Esperança
HOSPITAL DE BRAGA

Homem, 72 anos. Em 2007, apresentou-se com parésia grau 4 do membro inferior direito, predomínio proximal e evolução progressiva. Realizou TAC e RMN dorso-lombar - "numerosas lesões líticas com aumento das dimensões dos corpos vertebrais, sugestivas de infiltração neoplásica". Do estudo realizado, destacava-se um PSA total ligeiramente aumentado, com restantes marcadores tumorais negativos, e TAC tóraco-abdomino-pélvico com "próstata volumosa". A biópsia prostática revelou um adenocarcinoma. Iniciou tratamento com radioterapia externa e hormonoterapia adjuvante, bem como terapêutica com bifosfonato. Submetido a laminectomia de D3 e D4 por lesão compressiva. Histologia compatível com Doença de Paget do osso (DPO). Em 2008, apresentava hipostesia nos dedos do pé direito. RMN dorso-lombar – "Sem imagens sugestivas de Doença de Paget; achatamento dos corpos de D9, D11 e L4, com realce após contraste, sugestivo de infiltração óssea secundária"; Cintigrafia óssea – "Hiperfixação na coluna vertebral, 1º arco costal esquerdo e 11º arco costal direito, alterações suspeitas de metastização óssea"; analiticamente sem alterações. Submetido a nova laminectomia de D8 e D9 cuja histologia, apesar da ausência de critérios clínicos, laboratoriais e imagiológicos, confirmou o diagnóstico de DPO. O doente completou 2 anos de hormonoterapia. Manteve terapêutica semanal com Alendronato até Julho de 2015. Atualmente com PSA negativo e doseamento de hidroxiprolina na urina de 25.7mg/24h. Cintigrafia óssea "sem evidência de lesões ósseas claramente sugestivas de terem etiologia secundária". Apesar da história de doença oncológica e dos achados imagiológicos repetidamente sugestivos de doença metastática, decorridos 8 anos da confirmação histológica de DPO e do tratamento dirigido para a mesma, o doente encontra-se clínica e analiticamente estável, sem queixas álgicas ou alterações no exame neurológico, permanecendo em vigilância em regime de consulta.

PO-13-39

UM CASO DE TROMBOSE DA VEIA ESPLÉNICA

Rita Correia, Daniela Franco, Carolina Carvalho, Flávio Pereira
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE/ HOSPITAL AMATO LUSITANO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A trombose da veia porta ou dos seus ramos é rara na população em geral, mas comum em cirróticos. Menos frequentemente pode ser causada por neoplasias ou trombofílias. Podem coexistir, no mesmo doente, mais que uma causa, e em 25% esta não é identificável. As complicações dependem da extensão da obstrução e do tempo de desenvolvimento da mesma. Caso Clínico: Mulher de 57 anos, com antecedentes de HTA, DPOC, Obesidade e hábitos alcoólicos moderados. Internada por insuficiência cardíaca descompensada; derrame pleural bilateral; fibrilhação auricular; pneumonia adquirida na comunidade; hiponatremia ligeira e lesão renal aguda. Por dor abdominal, obstipação e AST 2237 U/L; ALT 1170U/L; LDH 2333; GGT 198U/L U/L; Bilirrubinas totais: 11.50; Direta 4.5; Indirecta: 7.0 realizou angio-TC: Ramo esquerdo da veia porta filiforme e trombo na veia esplénica. Baço com enfarte. Distensão de ansas intestinais. Derrame peritoneal nos flancos. Assumiu-se Trombose da Veia Esplénica e do Ramo Esquerdo da Veia Porta e iniciou Enoxaparina em dose terapêutica. Não se observou revascularização. Realizou estudo de trombofílias que foi negativo. Faleceu ao 26º dia de internamento. Discussão/Conclusão: O inicio do tratamento é o principal factor que influência o prognóstico, diminuindo a probabilidade de isquemia intestinal e síndrome de resposta inflamatória sistémica. A revascularização parcial da veia porta, sob anti coagulação, ocorre em cerca de 63-93% dos casos. A falha na recanalização associa-se à presença de ascite e/ou oclusão da veia esplénica, como presente neste caso. A despeito do diagnóstico e inicio da anticogulação atempadamente as múltiplas comorbilidades agravaram o prognóstico.

PO-13-40

RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS: UMA GUERRA PERDIDA?

Alexandra Freitas, Ana Reis, Inês Sousa, Rui Fernandes, Luís Pinheiro
USF HYGEIA - ACES TÂMEGA III

Introdução As infeções têm sido uma das principais causas de doença ao longo da história da humanidade. Com a introdução dos antibióticos, este problema tendeu a desaparecer. No entanto, os microrganismos têm vindo a desenvolver mecanismos de resistência que têm contrariado os avanços alcançados no tratamento de infeções. Hoje em dia, a resistência aos antibióticos é uma séria ameaça para a saúde pública, levando ao aumento dos custos de saúde, hospitalizações prolongadas, falhas no tratamento e mortes. Objetivo: Rever publicações sobre a problemática da resistência aos antibióticos. Metodologia Pesquisa de artigos nas bases de dados Medline/Pubmed, sítios de normas de orientação clínica e livros específicos. Foram utilizadas as palavras-chave: Resistência bacteriana a drogas. Antibióticos. Resultados A resistência antimicrobiana é uma consequência inevitável do uso indiscriminado de antibióticos em humanos e animais. Na Europa e na América do Norte, Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA), Streptococcus pneumoniae não susceptível à penicilina (PNSSP), enterococos resistente à vancomicina (VRE) e Enterobacteriaceae produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL) têm emergido e têm-se espalhado nos hospitais e nas comunidades. Atualmente, muitas das infeções causadas por bactérias patogénicas conhecidas (ex.: Staphylococcus aureus, Enterococcus), e infeções causadas por alguns patogéneos reemergentes (ex.: Mycobacterium tuberculosis) não podem ser curadas prontamente com as drogas antimicrobianas existentes. Conclusão Não há soluções simples para o problema da resistência antimicrobiana, pelo que, devem ser implementadas imediatamente e mundialmente, medidas coordenadas reais e sem precedentes. A OMS propõe quatro linhas fundamentais de ação - a vigilância, a prevenção, a investigação e a cooperação internacional.

PO-13-41

TROMBOEMBOLIA PULMONAR: ATÉ ONDE É POSSÍVEL EVITAR?

Catarina Lucas, Joana Costa, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues
MEDICINA INTERNA B - HOSPITAL GERAL, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Objectivos: Caracterizar uma amostra de doentes com o diagnóstico de Tromboembolia Pulmonar (TEP). Pretende-se pesquisar factores de risco (FR) para TEP prévios ou coincidentes com o internamento, bem como a possibilidade de alteração destes FR. Métodos: Estudo observacional retrospectivo. Incluídos doentes com diagnóstico de TEP, no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2014. Variáveis: sexo, idade, neoplasia (prévia ou diagnosticada no internamento), Trombose Venosa Profunda (TVP) concomitante, contracepção oral (CO), obesidade, tabagismo, trombofilias, outras comorbilidades. Resultados: Analisados processos clínicos de 157 doentes, com média de idades de 68±16 anos, 59% do sexo feminino. A TEP constituiu o diagnóstico principal para o internamento em 83% dos casos. A prevalência de neoplasia já diagnosticada era de 17%, tendo sido diagnosticada "de novo" em 7.6%. 90 doentes apresentavam história de imobilização recente, devido a internamento (27 doentes), fractura (10 doentes) ou outros.Foi diagnosticada TVP em 29% dos doentes, apenas 30% com sintomas associados. 31% dos doentes apresentavam insuficiência venosa crónica.Verificou-se excesso de peso ou obesidade em 53% dos doentes.Três

doentes eram fumadores estando medicados com CO. Cinco doentes foram diagnosticados com trombofilia, um deles fumador. 34% dos doentes apresentaram infecção grave concomitante. 13% dos doentes apresentavam patologia auto-imune e/ou estariam medicados com corticóide.Um doente com síndrome nefrótico de repetição encontrava-se medicado com CO. A taxa de mortalidade foi de 15.3%. Pelo menos 11.5% das TEP era claramente prevenível. 57% dos doentes apresentavam algum grau de imobilização, sendo necessária a avaliação caso-a-caso para eventual profilaxia. Conclusão: A TEP constituiu um diagnóstico frequente no Serviço de Urgência. São diversos os FR modificáveis que por vezes são sub-valorizados. A profilaxia existe e é eficaz, sendo, no entanto, insuficiente/incorrectamente utilizada.

PO-13-42

MIOPERICARDITE - UM CASO DE REACÇÃO ADVERSA À MESSALAZINA

Teresa Dias, Rita Jorge, Daniela Santos, Arsénio Santos, Rui Santos, Armando Carvalho
CHUC-MEDICINA A-ENFERMARIA D

Introdução: Os critérios de diagnóstico de miopericardite incluem evidência de pericardite e elevação dos marcadores de inflamação do miocárdio ou evidência de inflamação em métodos de imagem. A principal etiologia é a infecção por vírus cardiotrópicos, mas esta entidade pode ser causada por doenças do tecido conjuntivo, doença inflamatória intestinal, radiação ou fármacos. A messalazina é um dos fármacos implicados, sendo a miopericardite considerada um efeito adverso raro. Caso clínico: Homem de 19 anos, internado por quadro de dor retroesternal agravada com os movimentos respiratórios, a anteflexão do tronco e o decúbito dorsal, iniciada após esforço físico moderado e com cerca de 4 horas de evolução. História de diagnóstico de doença inflamatória intestinal 3 meses antes, tendo sido medicado com messalazina. Duas semanas antes, tinha tido quadro clínico semelhante, que justificou breve internamento no Serviço de Cardiologia durante o qual houve melhoria clínica, tendo a messalazina sido suspensa durante o internamento e reintroduzida após a alta. Ao exame objectivo, não havia alterações. O estudo complementar revelou Leuc 12,9 G/L (N:4-10), PCR 2,28 mg/dl (N<0,5) e Trop I 0,285 (N<0,056). Destacavam-se, ainda, ANA +, Ac anti-xANCA + e Ac anti-S. Cerevisiae IgG +. ECG e Ecocardiograma sem alterações de relevo. O doente foi inicialmente medicado com ibuprofeno e colchicina e suspendeu definitivamente a messalazina, com melhoria progressiva das queixas e sem nova recorrência a partir daí. Conclusão: Tal como neste doente, estão descritos na literatura casos de miopericardite secundária à toma de messalazina, sendo características a resolução clínica com a sua suspensão e a recorrência após reintrodução do fármaco. Este diagnóstico é favorecido pela melhoria do quadro com a suspensão da messalazina nos dois episódios.

PO-13-43

O HOMEN AZUL. A PROPÓSITO DE UM CASO

Resfa García Font,Pilar Brito Chaparro,Ana Belén Iglesias
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ.SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. HUELVA (ESPANHA)

Introdução: Dapsona é um medicamento com aplicação no tratamento da dermatitis herpetiforme,relacionada com intolerância ao glúten (doenca celíaca) Da terapeutica com Dapsona podem resultar efeitos adversos: agranulocitose hemólise,hepato-nefrotoxicidade e metahemoglobinemia Caso Clínico: Doente sexo masculino, 49anos, fumador Dermatite herpetiforme desde os 18 anos, medicado com Dapsona, sem seguimento posterior.Recorreu ao Hospital por astenia, dispneia e cianose. Apresentava-se cosnciente, colaborante, com sinais de cianose franca. Sat O2 (oximetría de pulso) 85%. Auscultação cardíaca e pulmonar, sem alterações. Hemograma anemia severa Hb 5.5 VCM 99% leuc: 2100 plaq:150.000 Bioquímica; creat 0,49 urea 18 Na 126 Ferritina 75 ng Transferrina 2.4 mg Acido Folico 1.4 ng/ml Vit B12 107pg/ml Haptoglobina <6.75 mg% GA : ph 7.42 pC02 34mmHg p02 84 mmHg HCO3 22mmHg Oxihemoglobina 87% carboxiHb 0% MetaHb 10% (0-1.5) Sem deficiência de Glicose-6-fosfato desidrogenase O doente foi internado com o diagnóstico de Metahemoglobinemia adquirida secundaria ao tratamento com Dapsona e Anemia severa macrocítica por déficit de Acido Fólicoe Vitamina B12 Foi suspensa a administração de Dapsona e iniciado Acido Ascórbico 1gr p.os/24h, Acido Fólico 5mg /24h e Vitamina B12 Al alta metaHb: 1.6%, e Hb: 9.9g/dl, con desaparecimento dos sinais de Cianose Discussão: A Dapsona é um fármaco de uso prolongado, usado no tratamento da malária, hanseníase e dermatite herpetiforme A metahemoglobinemia é um efeito adverso associado. O diagnóstico depende dum elevado índice de suspeição. A cianose, discrepância entre oximetria de pulso O2< 90% e gasimetria arterial Pa02 arterial >70% deve alertar na presença de metaHb.O tratamento dever ser a imterrupção do agente causal. Neste caso não foi usado o azul de metileno por não estar disponível no Centro. Optou-se pelo Acido Ascórbico (Vitamina C) como agente redutor em doses 1000mg/día e suporte transfusional

PO-13-44

PARÉSIA DE PARES CRANIANOS – UM CASO CLÍNICO

Sofia Pinto Correia, Sara França, Eduardo Eiras, Alexandre Vasconcelos, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

Relata-se o caso de uma mulher de 59 anos sem antecedentes de relevo com instalação súbita de diplopia horizontal binocular e parésia facial periférica (PFP) esquerda, acompanhada nos 6 meses prévios de síndrome constitucional, dor lombar, tosse e dispneia. Apresentava um nódulo cutâneo de 1 cm na perna direita. O Rx do tórax mostrava reforço hilar bilateral e a tomografia computorizada (TC) um nódulo pulmonar com extenso envolvimento ganglionar secundário e nódulos pulmonares bilaterais. O estudo realizado excluiu tuberculose e outras causas secundárias de PFP (trombose dos seios venosos, borreliose, HIV e linfoma). A electromiografia demonstrou mononeuropatia axonal grave do nervo facial esquerdo. Foi activamente excluida neoplasia oculta com realização de estudos endoscópicos, TC cerebral e toraco-abomino-pélvica, ecografia da tiróide e mama. A ressonância magnética da coluna demonstrou formações arredondadas lombares e pseudoprotrusão discal. Apresentava anticorpos anti-nucleares positivos e enzima conversora de angiotensina elevada. A biópsia do nódulo cutâneo e a biópsia aspirativa trans-torácica do nódulo pulmonar evidenciaram granulomas de células epitelioides sem necrose e sem células malignas; o lavado-broncoalveolar documentou um ratio linfócitos CD4/CD8 de 7. Confirmado o diagnóstico de sarcoidose e iniciou corticoterapia. A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica histologicamente definida pela presença de granulomas não caseosos sobretudo nos pulmões e gânglios linfáticos intratorácicos, mas existem formas de apresentação mais raras. Aproximadamente 5% dos doentes com sarcoidose têm envolvimento neurológico, ocasionalmente o sintoma de apresentação. A mononeuropatia desenvolve-se em 25-50% dos doentes com neurosarcoidose, e os doentes com parésia facial tendem a melhorar em 2-4 semanas após tratamento. As lesões na coluna associadas a sarcoidose são raras, apresentando imagens na ressonância magnética que podem mimetizar doença metastática.

PO-13-45

LINFADENITE PROTEINÁCEA – UM CASO RARO

Andreia Póvoa, Pedro Vieira, Paulo Zoé Costa, Francisco Morgado, Paula Neves, Rodrigo Maia Alves, Ana Teresa Moreira, Joselina Barrios Chirivella, Jorcélio Vicente, Iurie Pantazi, Joana Vedes, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS - GUARDA

INTRODUÇÃO: A linfadenopatia proteinácea é uma patologia rara, foi descrita por Osborne et al em 1978 como uma “esclerose” dos gânglios linfáticos composta por material extracelular proteico perivascular, com alteração arquitectural do gânglio. Para além de escassa bibliografia, a sua etiologia revela-se um desafio na medida em que se pode encontrar associada a quadros infecciosos, imunológicos ou até neoplásicos. CASO CLÍNICO: Mulher de 47 anos recorre ao serviço de urgência por adenomegalia axilar esquerda dolorosa desde há várias semanas. É uma doente sem antecedentes patológicos relevantes, não fumadora, sem medicação habitual, trabalha num lar de idosos e na agricultura, tendo contacto com animais. Na anamnese apresentava um bom estado geral, negava febre, anorexia ou perda ponderal. Analiticamente:

hemograma e bioquímica normais, estudo imunológico negativo, marcadores tumorais negativos, fracção gama 20,8% (11,1–18,8); IgG 1730 (751–1560) e ceruloplasmina 59 (15–30). Na microbiologia verifica-se anticorpos indicativos de infecção passada por Citomegalovirus, Epstein Barr, Adenovirus e Hepatite A. Anticorpos Anti-Borrelia burgdorferi, IGRA, reacções de Rosa Bengala e Widal negativos. Na imagiologia: adenopatias sub-maxilares bilaterais (as maiores de 12 mm), latero-cervicais, supra-claviculares (alcançando 15,5 mm), axilares à esquerda (até 36 mm), lombo-aórticas (máximo de 21 mm), do tronco celíaco e mesentéricas múltiplas. Sem adenopatias das cadeias ilíacas ou inguinais. Na biopsia o gânglio axilar de 2 cm tinha consistência pétrea ao corte, arquitectura parcialmente alterada com linfocitos pequenos e raros de tamanho intermédio do centro folicular, abundante material hialino intersticial e perivascular não amilóide, sem mitoses nas células linfóides e na imunohistoquimica há CD-3 e expressão focal de CD-20. Havia também um granuloma necrosante e pesquisa de microorganismos negativa. Levantou-se, portanto, a possibilidade de linfadenite proteínacea.

PO-13-46

PÚRPURA DE SCHAMBERG: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Clara Gomes, Mariana Pintalhão, Ismael Carneiro, Patrícia Lourenço, Helena Baldaia
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Introdução: As lesões petequiais e purpúricas cutâneas são, muitas vezes, um desafio diagnóstico, sendo necessário excluir doença sistémica grave subjacente. Caso clínico: Mulher de 80 anos, hipertensa e com história de doença cerebrovascular, doença renal crónica estadio 3 e estenose aórtica grave, medicada com ácido acetilsalicílico (AAS), lisinopril/hidroclorotiazida e amlodipina. Aparecimento de lesões cutâneas não pruriginosas, de progressão caudo-cefálica com 4 dias de evolução. Sem fármacos novos. Apresentava lesões petequiais/purpúricas planas e coalescentes nos membros inferiores, nádegas, dorso, abdómen e antebraços. Hemoglobina de 12,5 g/dL, plaquetas de 288x103/µL, sem alterações da coagulação; creatinina 2,14 mg/dL; desidrogenase láctica 294 U/L, creatinina-cínase 301 U/L; proteína C reactiva 52,2 mg/dL; velocidade de sedimentação 76 mm/1ªh. Eletroforese de proteínas normal; Radiografia de tórax sem alterações. Doseamento de imunoglobulinas normal. Estudo imunológico negativo. Suspensão de todos os fármacos. Retorno da função renal ao seu basal com fluidoterapia. Melhoria progressiva das lesões. A biópsia cutânea revelou infiltrado inflamatório perivascular de predomínio linfocitário; extravasamento eritrocitário; sem necrose fibrinóide ou leucocitoclasia. Sem reatividade para IgG, IgA, IgM, C3c, C1q ou fibrinogénio. Reintroduzido AAS, com agravamento posterior das lesões - suspenso. Alta medicada com corticóide tópico e indicação para uso de meia elástica. Após 2 meses, lesões com aspeto cicatricial, com novas petéquias em áreas menos extensas. Diagnosticada dermatose purpúrica pigmentada - Púrpura de Schamberg (PS). Reiniciado AAS - lesões estáveis. Discussão: A PS é uma doença rara, mas benigna, e com implicações iminentemente estéticas. Vários fatores etiopatogénicos estão implicados: estase venosa, doenças sistémicas ou fármacos. O AAS é um dos fármacos associados à PS. O tratamento passa pela evicção de fatores precipitantes e corticoide tópico.

PO-13-47

SÍNDROME DE MILLER FISHER – RELATO DE CASO

Sofia Pinto Correia, Eduarda Ruiz Pena, Raquel Calisto, João Martins, Filipe Correia, Jorge Martins, Ana Costa, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

A síndrome de Miller Fisher (SMF) é uma variante rara da síndrome de Guillain-Barré (SGB), observada em 1 a 5% dos casos. Neste subtipo, as alterações neurológicas surgem primariamente a nível dos nervos cranianos, sendo caracterizada pela tríade clínica arreflexia, ataxia e oftalmoparesia. A ataxia é principalmente axial, com menor envolvimento dos membros. Apresenta-se o caso de um homem de 57 anos e factores de risco vascular (FRV) com quadro de diplopia de aparecimento súbito por parésia do III e VI nervos esquerdos, seguida nas 48 horas subsequentes por desiquilíbrio da marcha. Negava infecções recentes, toma de medicação "de novo", vacinas, história de doença neoplásica ou imunológica. O quadro evoluiu rapidamente com padrão de oftalmoplegia externa complexa bilateral, ataxia grave com incapacidade de ortostatismo e arreflexia miotática global, sem alteração do estado mental. A tomografia computorizada e ressonância magnética cerebral não mostravam alterações agudas, apresentando lacunas isquémicas que associadamente aos FRV, fizeram pensar na possibilidade de acidente vascular cerebral isquémico. No entanto, a análise do líquido cefalorraquidiano demonstrou dissociação albumino-citológica, que associado à clinica permitiu o diagnóstico de SMF e o doente cumpriu 5 dias de imunoglobulina com melhoria da sintomatologia. O doseamento de anticorpos anti-gangliosídeos (IgG anti-GQ1b) no LCR foi negativo. Em 70% dos casos a SMF é precedida de infecções respiratórias ou do trato gastrointestinal, sugerindo um processo imunológico com reacção cruzada aos microorganimos causadores. Uma vez identificada precocemente e tratada adequadamente, o prognóstico geralmente é favorável. Com este caso clínico os autores pretendem demonstrar que a variante SMF tem uma apresentação distinta da SGB, sendo importante o reconhecimento da tríade e exigindo um alto nível de suspeição clínica para evitar a morte e sequelas motoras importantes que advém do atraso do início do tratamento.

PO-13-48

SÍNDROME DE LOFGREN – CONHECER PARA RECONHECER

Sofia Pinto Correia, Sofia Monteiro, Rute Morais Ferreira, António Furtado
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL PEDRO HISPANO

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida, com várias formas de apresentação. A Síndrome de Lofgren (SL) é uma apresentação aguda de sarcoidose caracterizada por adenopatias hilares bilaterais, eritema nodoso (EN), poliartralgias migratórias e febre. Apresenta-se o caso de um homem de 33 anos sem antecedentes de relevo, com poliartralgias simétricas de ritmo inflamatório periféricas e axiais com 4 semanas de evolução, edema e rubor articular nas articulações tibiotársicas bilateralmente, com aparecimento progressivo de tosse seca, febre e aparecimento de três tumefacções nodulares eritematosas de cerca de 4 cm na face anterior da perna esquerda, com dor ao toque. Analiticamente com parâmetros inflamatórios discretamente elevados, velocidade de sedimentação de 29 mm/1ªh e radiografia de tórax com engurgitamento hilar bilateral, cujo TAC confirmou múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares não calcificadas com diâmetro máximo de 3 cm. Apresentava ECA e cálcio normais. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que mostrou linfocitose intensa e com aumento da razão CD4/CD8 (8.82) e biópsia aspirativa transbrônquica de gânglio subcarinal que documentou granulomas com células gigantes mutinucleadas de tipo Langhans, sem necrose. Feito diagnóstico de Sarcoidose com SL como apresentação inicial, com envolvimento pulmonar, articular e cutâneo, com excelente resposta à corticoterapia e possibilidade de desmame progressivo sem recidiva das queixas. Os autores querem salientar uma apresentação rara de sarcoidose com a tétrada de sintomas característica, diagnosticado em contexto de urgência, em que o reconhecimento precoce é fundamental para agilizar o diagnóstico e iniciar o tratamento precoce.

PO-13-49

ERITRODERMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Ilda Coelho, Sara Costa, Tiago Leal, Ana Luísa Antunes, Maria João Ferreira, Guilherme Gomes, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 61 anos, com antecedentes de síndrome de CREST e hepatite auto-imune, sob terapêutica imunossupressora. Clinicamente apresentava, há cerca de um mês antes do internamento, lesões máculo-papulares arredondadas, pruriginosas, com bordo descamativo que, foram progredindo, a partir de uma tinha bilateral dos pés, para ambos os membros inferiores. Foi medicada com terbinafina, com regressão lesões. Ao cabo de três semanas surge na consulta externa debilitada e com quadro eritrodérmico, a que se associavam placas

eritemato-descamativas de tamanhos e grau de evolução variáveis, intensamente pruriginosas. A eritrodermia não poupava nem as plantas dos pés nem palmas das mãos, e estendia-se ao couro cabeludo. Concluiu-se por progressão de dermatomicose, num contexto de imunossupressão, complicada por toxicodermia secundária à terbinafina. A suspensão da terbinafina e o recurso ao fluconazol e à prednisolona, levaram à resolução, praticamente total da eritrodermia e do prurido.

PO-13-50

ENDOSSALPINGIOSE: A SURPRESA NO ESTUDO DE ADENOMEGALIAS

Sara Camões, João Correia Pinto, Emanuel Guerreiro, Raquel Calisto
SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA, ANATOMIA PATOLÓGICA E CIRURGIA GERAL, HOSPITAL PEDRO HISPANO, MATOSINHOS

A endossalpingiose é uma condição benigna, não neoplásica, que se caracteriza pela localização ectópica de epitélio semelhante ao encontrado nas trompas de Falópio. A ocorrência de epitélio Mülleriano em gânglios linfáticos infra diafragmáticos está bem documentada, sendo incomum acima do diafragma. Não é clara a etiopatogenia desta entidade, admitindo-se que seja causada por metaplasia do mesotélio peritoneal com disseminação linfática, eventualmente por erro no desenvolvimento embriológico. Apresentamos uma mulher de 48 anos, enviada à consulta de Medicina por adenomegalias generalizadas (cervicais, axilares e retroperitoneais), documentadas em tomografia requisitada pelo Médico Assistente na sequência de adenopatias cervicais palpáveis, sem contexto infeccioso associado. Sintomaticamente referia astenia e anorexia com cerca de dois meses de evolução, sem perda ponderal de relevo. Estudo complementar em desfavor de causas infecciosas e imunológicas, colocou-se a hipótese de doença linfoproliferativa pelo que foi proposta biópsia excisional de gânglio cervical. Foram excisados vários nódulos cujos exames histológicos revelaram, respectivamente, lipoma e gânglios linfáticos com alterações reactivas inespecíficas. Manteve seguimento na consulta sem que tenha surgido sintomatologia de novo, tendo repetido tomografia aos seis meses que revelou involução da maioria das adenopatias presentes inicialmente, mantendo no entanto adenomegalias retroperitoneais. Foi então proposta biópsia excisional das mesmas, por laparoscopia, enviadas para imunofenotipagem por citometria de fluxo, exame histológico e microbiologia. A histologia foi compatível com endossalpinginose, pelo que se encaminhou a doente para consulta de Ginecologia. Pretendemos alertar para a existência e benignidade desta entidade, cujo diagnóstico implica uma equipa multidisciplinar. O seguimento e tratamento dos doentes dependerá da sintomatologia apresentada, constituindo muitas vezes um achado incidental.

PO-13-51

SÍNDROME DE KLINEFELTER E O RISCO CARDIOVASCULAR

Ricardo Paquete Oliveira, Ana Furtado, Isabel Amorim Ferreira, Bruno Grima, José Delgado Alves
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA IV

O Síndrome de Klinefelter é a doença ligada ao cromossoma sexual mais comum nos homens, afectando até 1 em cada 660. No entanto só 25% dos casos são diagnosticados. Está associado a várias complicações metabólicas como a diabetes e osteoporose mas também a morbi-mortalidade cardiovascular. Apresenta-se o caso de um homem, 63 anos, caucasiano, fumador, sem outros antecedentes relevantes, que é internado com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico no território da artéria cerebral média direita. Para além da parésia facial central e hemiparesia esquerdas, objectivou-se idade aparente superior à real, padrão de obesidade anómalo para o sexo, défice cognitivo, rarefacção pilosa e ginecomastia e atrofia testicular bilaterais. Analiticamente com diminuição da testosterona total (32.68 ng/dL) e livre (0.2 pg/mL) e aumento das hormonas luteinizante (15.88 mUI/mL) e foliculoestimulante (27.6 mUI/mL). Foi pedido estudo do cariótipo que revelou constituição 47,XXY em cerca de 90% das células, permitindo o diagnóstico de Síndrome de Klinefelter, em mosaico (caracterizada por fenótipo mais ténue). Identificou-se ainda osteoporose na densitometria óssea, sem distúrbios da glicose. Do estudo etiológico do AVC a destacar o diagnóstico de uma estenose crítica da artéria carótida interna direita, com necessidade de intervenção cirúrgica, e ainda lesões isquémicas crónicas (ressonância magnética cranio-encefálica). Foi iniciada terapêutica da osteoporose e feita referenciação para consulta de endocrinologia para decisão sobre terapêutica hormonal de substituição. Uma das manifestações cardiovasculares do S. Klinefelter é o espessamento anormal da íntima carotídea, associado a aterosclerose e AVC. Com este caso pretende-se evidenciar um factor de risco raro para o AVC, a importância de uma avaliação global do doente, o diagnóstico tardio de doenças congénitas e a possibilidade de intervir no prognóstico independentemente da altura do diagnóstico.

PO-13-52

DOENÇA HEPÁTICA CRONICA ALCOÓLICA E PSORÍASE: EXISTIRÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE AS DUAS ENTIDADES?

Joana Sotto Mayor, Mónica Gonçalves, Patrício Costa, Margarida Robalo, Ana Paula Pacheco, Sofia Esperança, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Objectivo:concomitância entre doença hepática crónica de etiologia alcoólica(DHCA)e Psoríase Vulgar(PV)não é incomum,sobretudo em áreas cujas condições propiciam o consumo etílico.Até ao momento,existem alguns estudos que revelam que indivíduos com maior consumo de álcool apresentam maior frequência de psoríase,associando-se formas mais graves da doença a consumos etílicos mais pesados ou crónicos.Visa o presente estudo avaliar a associação de DHCA e PV em doentes internados num Hospital Central Português.Doentes e métodos:Foi feita uma revisão dos processos clínicos,de todos os doentes com psoríase internados no Hospital onde o estudo se realizou entre 2011 e 2014.Adicionalmente foram alvo de avaliação para a presença de DHCA.Aos que apresentavam concomitância das duas entidades foi feita avaliação da gravidade da psoríase através do Psoriasis Area Severity Index(PASI);bem como caracterização da DHCA,através de provas de função hepática,ecografia abdominal e consumo etílico diário.Este grupo de doentes foi comparado a um semelhante,que envolvia doentes com psoríase mas sem doença hepática.Resultados:Durante o período do estudo,do total de 70 doentes,apenas 30 apresentaram PV e DHCA concomitantes(60,00%,eram elementos do sexo masculino,com idade média de 55,83+/-11,02 anos).A média do PASI score foi de 20,00+/-5,72,100% apresentaram provas de função hepatica alteradas,bem como 100% apresentaram achados ecográficos decorrentes de DHCA[9 com esteatose hepática(30,00%);5(16,67%)com hepatite alcoólica;e 16(53,33%)com cirrose hepática].A pontuação PASI foi significativamente maior nos doentes com PV concomitante a DHCA em comparação ao grupo de controlo(p<0,001).Foram verificadas correlações entre o PASI score e as alterações da função hepática;bem como com as alterações ecográficas decorrentes da DHCA.Conclusão:A concomitância entre PV e DHCA envolve uma maior possibilidade de formas mais graves de PV,o que implicará cuidados especiais no ao seu tratamento.

PO-13-53

ELEVAÇÃO DE HEMICÚPULA DIAFRAGMÁTICA: EVENTRAÇÃO VERSUS PARÉSIA DIAFRAGMÁTICA?

Vanessa Chaves, Ester Ferreira
HOSPITAL DE S. JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A eventração diafragmática (ED) tem uma incidência <0.05% e resulta de um defeito congénito na porção muscular do diafragma. A parésia diafragmática (PD) unilateral é mais comum, sendo causada frequentemente por cirurgia cardiotorácica. Descreve-se o estudo de um caso de elevação de hemicúpula diafragmática (HD) com hipoxemia. Mulher, 69 anos, antecedentes de tuberculose pulmonar na infância e hemitiroidectomia direita. Admitida por infeção respiratória com insuficiência respiratória hipoxémica. Radiografia de tórax com elevação da HD direita. Apresentou melhoria clínica e analítica sob antibioterapia e pressão positiva contínua da via aérea (CPAP) noturna, mas manteve hipoxemia. Efetuou-se estudo imagiológico: sem massas cervico-torácicas, subdiafragmáticas ou hepatomegalia, sem evidência de compressão

das raízes nervosas cervicais. Provas de função respiratória sem padrão restritivo, mas com redução da Capacidade Vital Forçada de 31.7% pós decúbito dorsal. Para distinção entre ED e PD, realizou Fluoroscopia, que revelou teste de "sniff" negativo. O estudo eletrofisiológico do nervo frénico mostrou possível lesão à direita por ausência de potencial na estimulação, resultado interpretado como falso positivo por ser um exame muito dependente da técnica. Perante estes resultados e na ausência de fator causal evidente para PD, assumiu-se diagnóstico de ED direita com hipoxemia, tendo alta com oxigenoterapia e CPAP noturno. A apresentação clínica da ED e PD é semelhante, sendo difícil a distinção entre estas entidades. O tratamento de ambas consiste na plicatura diafragmática, e deve ser reservado para doentes com dispneia incapacitante, apesar de taxas de sucesso pouco elevadas. A terapêutica com CPAP permite melhoria sintomática e pode ser usada como ponte para o tratamento cirúrgico.

PO-13-54

HEMATOMA ESPONTÂNEO DO RETO ABDOMINAL: CASO CLÍNICO

Vítor Costa, António Alves, Paula Brandão, Mafalda Remelhe
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 2

O hematoma espontâneo do reto abdominal (HERA) é uma entidade clinica descrita como rara, mas muitas vezes subdiagnosticada, causada pelo acumulo de sangue dentro da bainha do musculo reto abdominal, sem um evento precipitante, como trauma, cirurgia ou tensão excessiva do musculo, estando muito associado à terapêutica hipocoagulante. A mortalidade varia entre os 4-18%. Neste trabalho os autores apresentam o caso clinico de uma doente de 80 anos, hipocoagulada no domicílio com varfarina por Fibrilhação Auricular Permanente, internada num serviço de Medicina Interna no contexto de descompensação de Insuficiência Cardíaca por Celulite do membro inferior direito, sob terapêutica com enoxaparina. Teve uma boa evolução clinica inicial, tendo complicado ao 9º dia de internamento, por um início súbito de dor abdominal na região mesogástrica, palpando-se no exame físico uma massa superficial, dura, sem história de trauma ou de situações associadas a aumento da tensão da musculatura abdominal. Analiticamente com queda do valor de hemoglobina. A tomografia axial computorizada do abdómen confirmou a suspeita de HERA. O caso foi discutido com Cirurgia, tendo-se optado pelo tratamento conservador. No entanto ocorreu agravamento do estado clinico durante as 24h seguintes ao diagnóstico, com aumento do tamanho da massa superficial à palpação, associado a queda do valor de hemoglobina. Foi então transferida para o Serviço de Cirurgia, vindo a falecer 48h após as primeiras manifestações do hematoma. Sabendo que os serviços de Medicina Interna têm cada vez mais doentes idosos, hipocoagulados, e sendo o HERA uma complicação muito associada a esse tipo de terapêutica, é importante os clínicos terem em mente esta entidade durante o diagnóstico diferencial de um abdómen agudo, no sentido de iniciar medidas de controlo precocemente, evitando que se atinja um desfecho fatal.

PO-13-55

FRAGILIDADE: A IMPORTÂNCIA DE RECONHECÊ-LA

Miguel Oliva Teles, Rita Ivo, Pedro Ribeiro Santos, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ (CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL)

INTRODUÇÃO: Fragilidade é definida como um processo de transição entre a robustez física e um estado funcional diminuído, caracterizando-se por um declínio cumulativo fisiológico que condiciona a capacidade de resposta a agressões, que mesmo minor, podem resultar em alterações desproporcionadas do estado de saúde. A Clinical Frailty Scale de Rockwood (CFS) é uma ferramenta simples da medida de fragilidade, composta por 9 níveis caracterizados por capacidade física decrescente e por limitação sintomática e dependência progressivas. OBJETIVO: demonstrar que níveis elevados de fragilidade se relacionam com piores indicadores e resultados de saúde. MÉTODOS: Estudo observacional retrospetivo. Aplicada a CFS aos doentes internados consecutivamente no ano de 2015 numa enfermaria de Medicina Interna. Analisada a regressão logística entre CFS e a ocorrência de morte (M) e os coeficientes de correlação de Spearman entre o nível de CFS e tempo de internamento (rT), número de infeções nosocomiais (rIN), índice de comorbilidade de Charlson (rCCI) e número de medicamentos em ambulatório (rNM). Assumido um p=0,05. RESULTADOS: 138 doentes incluídos com média de idades de 77,1. Frequência relativa dos níveis de CFS (1: 2,9%, 2: 7,2%, 3: 22,5%, 4: 13,8%, 5: 13%, 6: 13%, 7: 15,9%, 8: 10,9%, 9: 0,7%). Coeficientes calculados: rT=0,232, rIN=0,209, rCCI=0,447, e rNM=0,315. O odds ratio de morte por cada nível de CFS foi de 2,138. CONCLUSÃO: observamos uma correlação positiva (apesar de fraca a moderada) entre fragilidade e os indicadores avaliados. Quanto maior o seu nível, mais longos são os internamentos, maior é a ocorrência de infeções nosocomiais, o peso de comorbilidades e a polimedicação. Mais importante, a cada patamar de fragilidade a probabilidade de morte duplica. Assim, a sua identificação poderá permitir identificar doentes em maior risco de uma evolução desfavorável e ser um ponto de partida para delinear um foco e abordagem particulares, na tentativa de minorá-lo.

PO-13-56

SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Joana Serôdio, João Costelha, Miguel Morgado, Marta Pereira, Vítor Costa, António Ferro, Paula Brandão
HOSPITAL CONDE BERTIANDOS, SERVIÇO MEDICINA 2 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

A Síndrome Maligna dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência médica associada ao uso de neurolépticos com uma incidência de 0.02 a 3%. A SMN é caraterizada pela alteração do estado de consciência, rigidez, febre e disautonomia. Caso clínico Doente do sexo feminino de 61 anos com antecedentes de hipertensão arterial e esquizofrenia psicoafetiva. Medicada com biperideno, propranolol, cloropromazina e decanoato. Trazida ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência, febre e incontinência dos esfíncteres. No decurso da avaliação médica encontrava-se prostrada, febril (40ºC), hipertensa, taquicárdica, taquipneica, apresentando mioclonias e diaforese. Analiticamente mostrava leucocitose, lesão renal aguda, hipercaliémia e desidrogenase láctica, fosfatase alcalina, creatina quinase e mioglobina aumentadas. Proteína C reativa e velocidade de sedimentação negativas. Líquido cefalorraquidiano sem alterações. Hemoculturas e urocultura negativas. Tomografia computorizada craniana e radiografia torácica sem alterações. Instituída fluidoterapia intravenosa de forma intensa, aplicação de medidas de arrefecimento corporal e benzodiazepinas. A doente apresentou-se apirética e com recuperação do estado de consciência após 24 horas de suspensão da cloropromazina, assim como normalização dos parâmetros analíticos após 3 dias. A discussão deste caso clínico integrou a especialidade de psiquiatria, tendo-se tomado a decisão conjunta de não reintroduzir fármacos neurolépticos. Conclusão A SMN apresenta-se como um quadro de emergência com necessidade de atuação imediata. No entanto, o seu diagnóstico implica elevada suspeita clínica, pois os exames complementares de diagnóstico apenas traduzem alterações laboratoriais típicas, o que condiciona sempre a necessidade de excluir lesão do sistema nervoso central e infeção. Porém, a mortalidade declinou ao longo dos anos, provavelmente por maior consciência da doença, diagnóstico mais precoce e intervenção mais agressiva.

PO-13-57

SARCOIDOSE – ENVOLVIMENTO CUTÂNEO PECULIAR

Ana Isabel Oliveira Pinho, Sara Beça
ULS MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO - MEDICINA INTERNA

Embora se conte já mais de um século da descrição do primeiro caso, a etiologia da sarcoidose permanece desconhecida. Com envolvimento cutâneo em aproximadamente 25% dos casos, a infiltração de tecido cicatricial antigo é uma apresentação incomum. Reportamos o caso de uma mulher de 48 anos, caucasiana, que se apresenta com um quadro de 2 meses de evolução de lesões eritematosas, com relevo, ligeiramente descamativas e vagamente nodulares em local coincidente com cicatrizes de queimadura extensa prévia do dorso, membros superiores e abdómen com autoenxertos. A biópsia cutânea

revelou granulomas epitelioides não necrotizantes e ligeiro infiltrado linfóide perivascular, estabelecendo o diagnóstico de sarcoidose. O restante estudo não demonstrou afeção sistémica. As lesões foram refractárias a terapêutica tópico com corticóide e tacrólimus. Houve uma resposta inicial à corticoterapia sistémica combinada com hidroxicloroquina mas nunca com regressão satisfatória das lesões ou sintomatologia, havendo necessidade de iniciar metotrexato para controlo da doença. Este caso demonstra como a raridade desta apresentação não pode perturbar a suspeição clínica ou limitar a minuciosa investigação do diagnóstico de sarcoidose. O seu tratamento pode constituir um desafio, tal como ocorreu no caso descrito.

PO-13-58

DOENÇA DE KIKUCHI - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Nicole Pestana, Carolina Aguiar, Catarina Nóbrega, Cristina Ionel, Joana Carvão, João Adriano Sousa, Rita Rodrigues, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS- SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A doença de Kikuchi (DK) é uma doença rara, benigna, de causa desconhecida e que se caracteriza pelo aparecimento de adenomegálias cervicais e febre. Descrição do caso: Homem de 24 anos de idade, caucasiano, com antecedentes pessoais de situs inverso, foi referenciado à consulta de medicina interna para estudo de tumefações nodulares bilaterais na região cervical, sem outros sintomas associados. Não havia história de tuberculose pulmonar, diabetes mellitus, artralgias, infecção respiratória, mordedura de animais, hábitos toxifílicos ou sexuais de risco. Ao exame objectivo palpavam-se adenomegálias latero-cervicais sendo a maior à esquerda com dimensões de 2x1cm, dolorosa e móvel em relação aos planos superficiais e profundos. Não foram detectadas adenomegálias nas restantes cadeias ganglionares. A ecografia cervical revelou formações ganglionares bilaterais destacando-se à esquerda no grupo jugulo-digástrico uma mais globosa com 32mm de diâmetro, na região retro-auricular uma de 17mm com um predomínio liquído sugerindo necrose. Foram ainda pedidas serologias para citomegalovirus, vírus Epstein-Barr, parvovírus B19, toxoplasma gondii, herpes simplex, bartonella, vírus da hepatite B e C que se revelaram negativas. As doenças do tecido conjuntivo foram descartadas com resultados negativos para ANA, anticorpos anti-dsDNA e anti-Sm. Neste contexto, procedeu-se à realização de biópsia ganglionar. A linfadenitegranulomatosa necrotizante descrita levou ao diagnóstico de DK. O doente apresenta-se assintomático, sem recidivas ou desenvolvimento de doença auto-imune mantendo-se em vigilância na consulta. Discussão/Conclusão: A DK, cuja apresentação clínica pode ser confundida com doenças linfoproliferativas deve ser posta em causa enquanto diagnóstico diferencial de adenopatias persistentes. Deste modo, é possível evitar diagnósticos errôneos e instituição de tratamentos agressivos desnecessários.

PO-13-59

UM CASO DE ERITEMA NODOSO…

João Seabra Barreira, Sara Freire, Catarina Antunes, Eva Brysch, , Emília Velhinho, Gloria Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE- MEDICINA IIIB

Objectivos: O eritema nodoso (EN) é caracterizado por nódulos subcutâneos dolorosos vermelhos ou violeta que geralmente se desenvolvem na região pré-tibial. Geralmente aparece como manifestação secundária a uma variedade de doenças. Métodos: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 55 anos com história conhecida de dislipidémia, não fumadora, com contacto com aves domésticas em casa. Recorre à urgência por aparecimento de lesões cutâneas eritematosas nos membros inferiores com mialgias e artralgias, desde há 5 dias com tosse seca. A telerradiografia do tórax evidenciou engurgitamento hilar bilateral e 2 imagens com configuração nodular. Foi excluída trombose venosa profunda por eco-doppler e embolia pulmonar por Angio Tomografia computorizada (TC) do tórax. Resultados: Foi pedido estudo laboratorial para exclusão de causas secundárias de eritema nodoso. Como positivo destaca-se a presença do marcador tumoral enolase neuro-especifica aumentada e Igra positivo. O doseamento da enzima conversora de angiotensina estava dentro dos limites de referência. O estudo de autoimunidade e serologias virais e bacterianas foram negativos. A TC de alta resolução detectou apenas 2 nodulos pulmonares a merecer controlo evolutivo. Não se podendo excluir infecção respiratória a doente foi medicada com antibioterapia empírica, mas mantinha tosse irritativa pelo que foi submetida a broncofibroscopia com biopsias. O lavado bronco-alveolar foi negativo para células neoplasicas, exame bacteriológico, micologico, micobacteriologico directo e cultural. A histologia da biopsia pulmonar detectou granuloma sugestivo de sarcoidose Conclusão: Os autores pretendem salientar que a sarcoidose é uma causa clássica de eritema nodoso e quando a clínica é ligeira o diagnóstico pode ser completamente esquecido se não for procurado.

PO-13-60

ANTICOAGULAR, NÃO ANTICOAGULAR…

João Seabra Barreira, Sara Freire, Nadia Simas, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Gloria Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE- MEDICINA IIIB

Objectivos: A anticoagulação no idoso com Fibrilhação auricular (FA) é cada vez mais uma pratica clínica corrente. Com o aumento da esperança média de vida, a decisão de limitar esta terapêutica é cada vez mais difícil. Métodos: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 79 anos, residente em lar. Tinha historia conhecida de FA anticoagulada com acenocumerol, artrite psoriatica, diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão arterial e Síndrome demencial. A doente recorre à urgência por hematúria. Ao exame objectivo com edema do joelho esquerdo. Laboratorialmente destaca-se INR 21 e elevação dos parâmetros de retenção azotada. Realizou 1 formula de vitamina K e complexo protrombinico. Recusou artrocentese na urgência. Resultados: Nas primeiras 48 horas de internamento houve agravamento do quadro clínico com aparecimento de febre, hipotensão, taquicardia e elevação dos parâmetros inflamatórios. A infecciologia sugeriu o inicio de ceftriaxone e clindamicina, sendo realizada artrocentese após 1 toma destes antibióticos. O exame bacteriológico revelou-se negativo. Reiniciou-se anticoagulação com enoxaparina ao 3º dia de internamento. Realizou Tomografia computorizada (TC) toracoabdominopelvica que revelou espessamento da vertente distal do cólon transverso ate ao cólon descendente distal, aspectos compatíveis com colite isquémica e trombose da veia mesentérica superior. Repetiu este exame após 10 dias com evidencia de recanalização parcial da trombose e com hemorragia espontânea do musculo psoas. Suspendeu nessa altura a enoxaparina por 12 dias. A TC de controlo diagnosticou Tromboembolismo pulmonar e redução do volume do hematoma retroperitoneal. Reiniciou enoxaparina. Acabou por ter alta clínica após 55 dias de internamento, anticoagulada. Conclusão: O internista é frequentemente confrontado com complicações da anticoagulação ou da falta dela. Este caso é elucidativo da dificuldade de tratar, muitas vezes superior à de diagnosticar.

PO-13-61

A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA NA SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA - A PROPÓSITO DE UMA SARCOIDOSE

Rita Matos, Luciana Sousa, Rita Magalhães, Sofia Caridade
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A sarcoidose é um a doença inflamatória sistémica caraterizada por granulomas não caseosos, localizados predominantemente nos pulmões ou nos gânglios linfáticos intra-torácicos. A apresentação clínica é heterogénea, sendo que o doente se pode encontrar assintomático, com sintomas B, com queixas respiratórias ou com a síndrome de Löfgren (poliatralgias, febre e linfadenopatia hilar bilateral). O diagnóstico, na maioria dos casos, requer biópsia. Apresentamos o caso de um jovem de 27 anos, saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por um quadro de toracalgia direita. Nos 2 meses prévios à vinda ao SU apresentou episódios de odinofagia associados a artralgias assimétricas de padrão migratório entre os membros superiores e inferiores. Referência a episódio (um mês antes) de febrícula e hipersudorese noturna, mal-estar geral, anorexia, dispneia para médios esforços e eritema nodoso, que terá melhorado após a introdução de corticoterapia. Astenia com 5 meses de evolução. Exame físico à admissão sem alterações à exceção de palpação de dois gânglios retromandibulares bilaterais, com meio centímetro de

diâmetro, móveis e elásticos de natureza reativa (ecografia cervical). Analiticamente ligeiro aumento do complemento (C3 e C4) e da beta2 microglobulina, sem outras alterações de relevo. Radiografia de Tórax com alargamento do mediastino e Tomografia Axial Computadorizada do Tórax com contraste, na qual se verificava a existência de várias adenomegalias hilares, múltiplos gânglios mediastínicos e, no parênquima pulmonar, alguns nódulos bilaterais com tendência para a localização sub-pleural. Atendendo aos achados e por suspeita de sarcoidose foi efetuada punção aspirativa de gânglio subcarinal cuja citologia evidenciou inflamação granulomatosa. Apenas através da descrição pormenorizada do quadro obtida na colheita da história clínica, foi possível coletar indícios que fizeram suspeitar deste diagnóstico e que, portanto, direcionaram o subsequente estudo etiológico.

PO-13-62

SÍNDROME DE SWEET, A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Margarida Cruz, Ana Sofia Montez, Raquel Cruz, Filipa Sousa, Ana Rafaela Araújo, Inês Zão, Fani Ribeiro
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, HOSPITAL INFANTE D. PEDRO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A síndrome de Sweet (SS) é uma entidade rara, cursa com o aparecimento súbito de lesões cutâneas dolorosas, febre e neutrofilia. Histologicamente, um infiltrado neutrofílico da derme. A fisiopatologia não está completamente esclarecida, podendo ser classificada em: idiopática, associada a malignidade ou secundária a fármacos. Homem, 50 anos, com hipertensão arterial e hipertrofia benigna da próstata, sob aliscireno e serenoa. Antecedentes familiares irrelevantes. Recorre ao Serviço de Urgência por erupção cutânea súbita, com início há cinco dias. Referia odinofagia recente. Ao exame objectivo: febril, erupção cutânea eritemato-violácea, máculo-papular na região dorsal do pescoço, face, tronco e membros, mais localizada aos antebraços, mãos e joelhos. Lesões dolorosas ao toque, não descamativas ou pruriginosas, de bordo circinado, confluentes, algumas com pequena pústula. Analiticamente, leucocitose neutrofílica, linfopenia, VS 90 mm/1ª hora, PCR 14.3 mg/dL. Auto-imunidade sem alterações, serologias víricas e Mantoux negativos, VDRL não reactivo. Realizou endoscopia digestiva alta: pequena erosão no esófago distal; e colonoscopia: pólipo baixo de 3 mm, excisado para estudo histológico, que excluiu malignidade. Tomografia de tórax, abdómen e pélvis sem alterações relevantes. Avaliado por Dermatologia, realizada biópsia cutânea: infiltrado neutrofílico da derme. Mediante clínica, achados analíticos e resultado histológico, assume-se o diagnóstico de SS, em provável contexto de infecção respiratória alta. Iniciou prednisolona 60 mg/dia, em esquema de redução, com evolução clínica e analítica favorável. Avaliado em consulta, com completa remissão das lesões. A SS associa-se a patologias infecciosas, neoplásicas ou inflamatórias, devendo assumir-se como manifestação sistémica de uma doença subjacente. Mediante elevada prevalência de doenças malignas na SS, impõe-se o diagnóstico atempado, investigação sistémica adequada, orientação e seguimento destes doentes.

PO-13-63

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI COM MÚLTIPLAS CAUSAS. A PROPÓSITO DE UM CASO.

Marta Valentim, José Ramalho, Sónia Almeida, Marta Cerol, Ana Gameiro
HDSANTARÉM-MEDICINA III

Introducção: A Doença Inflamatória Intestinal associa-se a um Síndrome de hipercoagulabilidade, pelo que existe um risco aumentado de desenvolver fenómenos tromboembólicos. Apresentamos um caso de Colite Ulcerosa em forma ativa complicada com um Síndrome de Budd-Chiari e uma trombofilia diagnosticada durante o estudo da doente. Caso Clínico: Doente sexo feminino de 35 anos, com antecedentes de Colite Ulcerosa não tratada, sob anticoncepcionais orais, que recorreu ao Serviço de Urgências por dor abdominal suprapúbica com irradiação ao membro inferior direito. Exame objetivo: sem alterações de relevo. Analiticamente leucocitose com neutrofilia, PCR 25.63 e Beta-HCG negativa. A ecografia abdomino-pélvica mostrou: "Fígado de dimensões aumentadas, visualizando-se no segmento V em topografia periférica, área hiperdensa grosseiramente triângular relacionamos com alterações transitórias da atenuação aparentemente na dependência de hipodensidade da veia supra-hepática média, sugestiva de trombose". Foi pedido TAC abomino-pélvico que confirmou os achados. Pediu-se estudo de trombofilias (Factor V; Antitrombina III; Proteína S e Proteína C) sem alterações. Iniciou anti-coagulação com enoxaparina 60mg/2id, salazopirina e prednisolona com boa resposta. Teve alta orientada para a Consulta de Medicina onde o estudo genético de trombofilias revelou uma mutação de PAI 1 4G. Conclusão: Na fase ativa da doença inflamatória intestinal, existe um Síndrome de hipercoagulabilidade como uma das manifestações extraintestinais da doença. Além destas alterações a doente apresentava também uma alteração genética associada diagnosticada durante o seguimento, o que contribuiu para o aparecimento dum Síndrome de Budd-Chiari.

PO-13-64

DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Vaz, Jandir Patrocínio, Lúcia Proença, Rodrigo Moraes, Marinela Major, Fernanda Louro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Muito se tem debatido sobre questões do fim de vida. Em 2012 foi aprovado o testamento vital , que permite que um cidadão expresse a sua vontade sobre os cuidados que pretende receber aquando do fim de vida. Sexo feminino, 61 anos, com diagnóstico de neoplasia da mama em estadio IV. Na altura, recusou terapêutica. Recorre ao Serviço de Urgência, um ano após o diagnóstico, em mutismo, sendo que os exames complementares de diagnóstico revelaram uma lesão cerebral, interpretada como nova metástase. No seu processo clínico, tem uma diretiva antecipada de vontade. Este é um documento formal que explicita quais os cuidados que pretende ou não receber em final de vida. Apresentamos a descrição do caso, as indicações que a doente deixou expressas neste documento e uma reflexão acerca das diretivas antecipadas de vontade e de como estas devem ser integradas na prática clínica.

PO-13-65

"DRESS, WHAT ELSE ?"

Santos Pereira, Sílvia, Pintassilgo, Inês, Escarigo, Maria Conceição, Broa, Ana, Amaro, Mário, Santos, Henrique, Delerue, Francisca
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 82 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia e obesidade. Iniciou quadro de febre e eritema pruriginoso generalizado com cerca de um mês de evolução coincidente com a introdução do alopurinol. Analiticamente apresentava leucocitose com 15% de eosinófilos (2210/L), linfócitos atipicos, retenção azotada (creatinina 4.0mg/dl) e elevação das transaminases. Admitiu-se provável síndrome de DRESS complicado de nefrite intersticial e hepatite ligeira. Verificou-se a reativação da infeção latente pelo vírus herpes humano tipo 6. Iniciou corticoterapia com prednisolona a 1mg/kg/dia com melhoria das lesões cutâneas, diminuição da eosinofilia bem como melhoria da função hepática e renal. O síndrome DRESS (Drug reaction with eosinofilia and systemic symptons) é uma entidade rara, com uma morbilidade elevada e uma mortalidade que pode chegar aos 10%, sendo fundamental o seu diagnóstico precoce. Esta entidade é decorrente de uma reação de hipersensibilidade induzida por fármacos caracterizada por febre, erupção cutânea generalizada, linfadenopatias, alterações hematológicas (eosinofilia e linfócitos atípicos) e envolvimento sistémico de um ou mais órgãos. As manifestações clinicas surgem entre 2-6 semanas após introdução do fármaco. Os fármacos mais implicados são os anti-convulsivantes, beta-bloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, alopurinol e sulfamidas. A reativação da infeção latente pelos vírus Epstein-Barr, vírus herpes humano tipo 6 e 7 são consideradas especificas deste síndrome e são um marcador de doença mais prolongada e com maior risco de complicações, implicando um desmame lento da corticoterapia, evitando assim recaídas. O tratamento implica a descontinuação do fármaco e medidas de suporte. Nos doentes sem envolvimento sistémico podem ser tratados apenas sintomaticamente e nos que apresentam envolvimento multi-orgânico deve-se iniciar corticoterapia sistémica.

PO-13-66

PSORÍASE DE VON ZUMBUSCH NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Anna Knoch, Ana Azevedo, Olinda Caetano, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA - MEDICINA INTERNA

A psoríase pustulosa generalizada aguda ou psoríase de von Zunbusch (PPG) é um subtipo raro de psoríase que se apresenta como aparecimento abrupto de numerosas erupções pustulosas dolorosas, eritema generalizado e sintomas sistémicos. As lesões têm resolução espontanea em dias, com eritema, descamação intensa e possibilidade de eritrodermia. A recorrência de novos episódios é uma característica clássica da patologia. As complicações da PPG podem ser graves: disfunção renal, hepática e respiratória graves, sépsis e morte. Descreve-se o caso de uma doente de 82 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão, insuficiência cardíaca, lesão renal crónica e psoríase em placas internada por infecção respiratória com insuficiência respiratória. Cumpriu antibioterapia com amoxicilina/clavulanato e claritromicina com melhoria clínica. Apresentou agravamento clínico súbito, com desenvolvimento de eritrodermia intensa com erupções pustulosas cobrindo todo o tronco e membros com maior exuberância nas pregas, hipotensão, oligúria e mau-estar. Realizado diagnóstico clínico de psoríase pustulosa. Analiticamente apresentou lesão renal aguda com agravamento progressivo e elevação importante dos marcadores inflamatórios. Evoluiu para anúria com necessidade de diálise. Além da terapêutica de suporte foi medicada com retinóde e corticoterapia. Apresentou evolução favorável com resolução das lesões cutâneas e melhoria progressiva da função renal. A PPG é uma patologia rara com complicações que podem colocar a vida do doente em risco. É da maior importância o reconhecimento desta condição e início atempado de terapêutica de suporte devido ao risco de complicações sistémicas, apesar da evolução autolimitada das lesões dérmicas. A exuberância e gravidade do caso descrito exigiu uma equipa multidisciplinar o que demonstra a pluralidade dos doentes de Medicina Interna.

PO-13-67

SÍNDROME DE CLARKSON, RARO MAS POTENCIALMENTE LETAL

Joana Sequeira, Luis Val-Flores, Vânia Junqueira, Joana Torre, Francisco San Martin, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - CALDAS DA RAINHA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇAO: O Síndrome de Hiperpermeabilidade capilar ou Síndrome de Clarkson, descrito por este autor em 1960, é uma entidade rara mas potencialmente letal. CASO CLINICO: Mulher de 64 anos, submetida a hemicolectomia direita com reconstrução do trânsito intestinal por lesão do cólon ascendente perfurada. Sem outros antecedentes conhecidos ou medicação crónica. Ao 9º dia de internamento é pedida observação por Medicina Interna por dispneia e taquicardia. À observação, estava vigil, apirética, Tensão Arterial Média de 70 mmHg, frequência cardíaca > 100 bpm, balanço hídrico negativo com débito urinário mantido, polipneica, sem ingurgitamento jugular a 45º, com diminuição global do murmúrio à auscultação pulmonar e em anasarca. Analiticamente a salientar Hb 10,5 g/dL, BNP 207 pg/mL, D-Dimeros 2350 ng/mL albumina 2,8 g/dL, proteinas totais de 5g/dL , hipoxémia na gasometria arterial; sem parâmetros inflamatórios significativos, sem alterações da função tiroideia, renal ou hepática, Urina II sem proteinúria. Telerradiografia do tórax com derrame pleural bilateral, Angio-TC-Torácica sem tromboembolismo pulmonar, Ecocardiograma com boa função sistólica. Iniciou furosemida endovenosa com boa resposta inicial, seguida de oligoanúria em poucas horas. Foi transferida para Centro de Referência vindo a falecer nas 48 horas seguintes. CONCLUSÃO: O diagnóstico de Síndrome de Clarkson caracteriza-se por edema generalizado, hemoconcentração e hipoproteinémia ligeira. O seu diagnóstico é de exclusão de outras causas nomeadamente cardíacas, renais, hepáticas, nutricionais, endócrinas ou enteropatias. A importância do Internista no Serviço de Cirurgia Geral permite gerir estas situações mais precocemente e assim melhorar o prognóstico dos doentes.

PO-13-68

ÁLCOOL, GENÉTICA E GEOGRAFIA: ASSOCIAÇÃO PROVÁVEL EM DOENÇA RARA

Inês Goulart, Manuel Ferreira Gomes, Elisabete Bento Guerreiro, Tiago Guerreiro, José Luís Ducla Soares
SERVIÇO DE MEDICINA I, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE, LISBOA, PORTUGAL

A doença de Madelung (lipomatose cervical benigna simétrica) é uma doença rara de etiologia desconhecida, mais frequente entre os 30 e 50 anos e que consiste no depósito de conteúdo lipomatoso na região cervical, ombros e mediastino superior, que se distribui difusamente entre os planos musculares, podendo envolver estruturas vasculares e nervosas, sendo a complicação mais frequente a compressão laríngea e, em última instância, pode causar insuficiência respiratória. Os autores descrevem o caso de um homem de 44 anos, português, com antecedentes de etilismo crónico activo (>100g/dia) e tabagismo prévio, internado por tumefacção cervical indolor e pirose com vários meses de evolução e queixas de disfagia para sólidos e prurido faríngeo com uma semana de evolução. Após exclusão de quadro infeccioso de base, avaliação tiroideia sem alterações relevantes, observação por otorrinolaringologia compatível apenas com doença de refluxo gastroesofágico, realizou endoscopia digestiva alta com documentação de anel de Schatzki e ecografia e TC cervical compatível com lipomatose benigna simétrica (Madelung). Foi submetido posteriormente a lipoaspiração bilateral da região cervical, com evolução clínica favorável e resolução da sintomatologia. O caso retrata o caso de uma doença rara e a importância clínica do diagnóstico diferencial na abordagem dos doentes com alargamento simétrico da região cervical. Sabe-se que esta doença apesar de benigna parece ter alguma associação com doenças metabólicas (como a dislipidémia e hiperuricemia) e o etilismo crónico; porém, a suspensão dos hábitos não parece ter influência na progressão da doença, sendo o tratamento cirúrgico (motivado pela sintomatologia ou pela estética) a melhor abordagem.

PO-13-69

FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA – UMA MANIFESTAÇÃO FATAL

Maria Inês Ribeiro, Nelson Cardoso, Joana Santos, Vera Sarmento, Vasco Neves, Claudiu Guz, Nuno Veloso, Tereza Veloso, Conceição Barata
SERVIÇO DE MEDICINA 2 - HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, ÉVORA

A fístula aorto-esofágica é uma entidade rara, causada por patologia aórtica ou esofágica (causas primárias) ou relacionada com fatores extrínsecos como a ingestão de corpos estranhos (causas secundárias). A rapidez de diagnóstico e de intervenção determina a sobrevivência. Mulher, 85 anos, com síndroma febril de origem indeterminada com 3 meses de evolução, tosse seca, dispneia, dorsalgia bilateral, anorexia e emagrecimento não quantificado. Destaca-se o facto de o marido ter tido tuberculose pulmonar vários anos antes. À admissão hospitalar encontrava-se hemodinamicamente estável e febril. Analiticamente com discreta anemia, proteína C reativa e desidrogenase lática elevadas. Radiografia de tórax com padrão reticulo-nodular bilateral. Ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações. No primeiro dia de internamento apresentou quadro súbito de hematemeses abundantes com instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência. Realizou endoscopia alta que revelou zona violácea com hemorragia arterial e compressão extrínseca do esófago ao que se seguiu realização TAC torácica onde se identificou volumoso aneurisma da aorta torácica descendente com trombo mural a determinar compressão esofágica sugestiva de fístula aorto-esofágica. A doente foi estabilizada e transportada para um centro de referência de cirurgia vascular, tendo no entanto sofrido paragem cardio-respiratória irreversível. Dado o desfecho não foi possível identificar a etiologia da fístula aorto-esofágica: tuberculose com envolvimento mediastínico ou esofágico, aneurisma da aorta, ou ambas. A importância do caso prende-se com o facto de ser uma patologia silenciosa, que pode ser a primeira manifestação de diversas doenças potencialmente tratáveis, mas fatal quando não é realizado o diagnóstico atempado e não existem meios terapêuticos adequados acessíveis.

PO-13-70

ENTRE A IATROGENIA E A DOENÇA – CASO CLINICO

Inês Felizardo Lopes, Rita Prayce, Isabel Luiz
HOSPITAL DE S. JOSÉ (CHLC) - MEDICINA INTERNA UNIDADE FUNCIONAL 1.2

A iatrogenia pretende ser um risco calculado e pendente a favor do doente, tornando-se frequentemente num desafio entre a gestão da patologia do doente, as técnicas adotadas e a terapêutica instituída.Apresentação do caso: Mulher de 85 anos com hipertensão arterial, doença renal crónica e hipotiroidismo, admitida inicialmente por depressão do estado de consciência, acompanhada de disfunção renal e acidémia metabólica. Realizou EEG sugestivo de encefalopatia metabólica, com normalização do exame neurológico após compensação metabólica. Em D5 de internamento, por epistaxis abundante foi submetida a arteriografia com embolização de ramos da esfenopalatina, procedimento complicado por volumoso hematoma da coxa direita (via de acesso) secundário a pseudoaneurisma da artéria femural comum.Com intuito de realizar hemodiálise pré-operatória (para correcção de pseudoaneurisma) colocou cateter venoso central na jugular direita, procedimento complicado por hematoma peri-traqueal secundário a fístula carótido-jugular direita, com moldagem da via aérea. Finalmente submetida a correcção do pseudoaneurisma direito e drenagem do hematoma, onde se isolou Serratia marcescens também isolada em hemoculturas, medicando-se com piperacilina/tazobactam. Posteriormente, submetida a colocação de stent jugular direito para encerramento da fístula, identificando-se como terceira complicação a formação de hematoma da coxa esquerda, cujo estudo com doppler mostrou pseudoaneurisma da artéria femural comum esquerda. Por fim, realizada correção do novo pseudoaneurisma e drenagem de hematoma, com isolamento de Enterococus faeceum pelo que cumpriu terapêutica com linezolide. Surpreendentemente, manteve-se hemodinamicamente estável com recuperação do estado neurológico, até ao momento sem novas intercorrências.Conclusão:Este caso alerta-nos para o impacto que a iatrogenia secundária às nossas atitudes terapêuticas pode ter sobre os doentes, prolongando o tempo de internamento e aumento da morbilidade.

PO-13-71

FEBRE NO INTERNAMENTO - CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

Pedro Rouxinol, Marta Duarte, Domitília Faria, Carlos Santos, Luísa Arez
UNIDADE DE PORTIMÃO - CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Introdução: A febre no internamento pode ter múltiplas etiologias, sendo a mais comum a infeciosa. Em doentes polimedicados, a sua associação a fármacos não deve ficar esquecida. Caso clínico: Homem, 69 anos, diabético, patologia psiquiátrica não medicada. Admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por traqueobronquite e insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório. Iniciou antibioterapia com boa evolução clínica. Com a diminuição da sedação, agitação psicomotora de difícil controlo, transferido para a enfermaria com quetiapina 100 mg/dia e oxazepam 50 mg. Mantinha agitação com necessidade de contenção física pelo que na enfermaria se associou haloperidol oral 4 mg tid. No 4º dia, febre 39ºC que não cedia a antipiréticos, sem focalidade ao exame físico ou elevação de parâmetros inflamatórios, com subida de CK; rastreio séptico negativo. Prostração progressiva e agravamento súbito com bradicardia e paragem cardiorrespiratória em assistolia, com recuperação da circulação espontânea após 2 ciclos de suporte avançado de vida. Readmitido na UCI, fez TC CE que foi normal e angioTC torácica que não mostrou condensações ou embolia pulmonar. Evoluiu com elevação da PCR para 339 mg/L documentando-se traqueobronquite nosocomial por estafilococos aureus meticilino-sensível tratada com flucloxacilina, com melhoria. Reaparecimento de febre, sem elevação concomitante de parâmetros de infeção após a reintrodução de quetiapina, por novo quadro de agitação, com apirexia após suspensão deste fármaco. Conclusão: A síndrome maligna dos neurolépticos requer alta suspeição clínica e o diagnóstico é, muitas vezes, de exclusão. Pode ocorrer com qualquer neuroléptico e é independente da dose. Fármacos mais recentes, como a quetiapina, têm sido associados a um quadro clínico mais atípico: rabdomiólise menos acentuada, predomínio de agitação e alterações do estado de consciência. A patologia psiquiátrica prévia é um fator de risco para a sua ocorrência.

PO-13-72

POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE E PARAPROTEINÉMIA: UMA POSSÍVEL RELAÇÃO DE CAUSALIDADE?

Ana Rafaela Araújo, Luís Fontão, Juliana Castelo, Mariana Branco, Marta Lopes, Renata Silva, Paulo Almeida, Beatriz Pinheiro, Catarina Santos
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO DE MEDICINA; CENTRO HOSPITALAR ENTRE O DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE NEUROLOGIA

A gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) é uma entidade comum, podendo existir em 10% dos doentes com polineuropatia (PNP). Esta é mais frequente nas gamapatias por IgM (48%). Os doentes apresentam PNP desmielinizante, sensitiva, lentamente progressiva, simétrica e distal: DADS-M (Distal Acquired Demyelinating Sensory Neuropathy with M protein). Homem de 58 anos, ex-fumador, consumos etílicos moderados, sem medicação crónica. Enviado à consulta de Neurologia por défice motor dos 4 membros, de atingimento distal e simétrico e parestesias dos membros (m.) inferiores. Objetivamente tinha atrofia dos interósseos, eminência hipotenar e tenar em maior grau na mão direita (dta); défice motor distal dos m. superiores e inferiores; pé pendente à dta; reflexos osteotendinosos abolidos; hipoestesia em meia e luva; sensibilidade vibratória e proprioceptiva comprometidas; tremor fino da mão dta; Romberg positivo. Realizou eletromiografia: PNP sensitivo-motora, predominantemente desmielinizante. Do restante estudo: pico monoclonal IgM/kappa, eletroforese proteica urinária sem alterações, sem lesões de órgão alvo, sem défices vitamínicos, serologias negativas, estudo da auto-imunidade e tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica sem alterações. O medulograma e biópsia óssea excluíram linfoma linfoplasmocítico. O líquor apresentava proteinorráquia sem pleocitose; os títulos de anticorpos (Ac) anti MAG (glicoproteína associada à mielina) séricos eram elevados. Chegou-se ao diagnóstico de PNP anti-MAG. Iniciou imunoglobulina humana, com melhoria subjectiva. Mantém seguimento em consulta sendo ponderada terapêutica com rituximab. A gestão das neuropatias paraproteinémicas requer uma avaliação diagnóstica exaustiva para determinar a patologia hematológica de base. É difícil determinar se têm relação causal ou são apenas coincidentes. O fenótipo da DADS-M está fortemente associado aos Ac anti-MAG, presentes em 50-75% dos indivíduos com neuropatia e MGUS IgM.

PO-13-73

SÍNDROME DE DRESS CAUSADO POR CICLOFOSFAMIDA?

Susana Escária, Joana Santos, Renato Cunha, Vasco Neves, Cláudia Tátá, Nelson Cardoso, Margarita Urquiola, Conceição Barata
HOSPITAL ESPIRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Introdução: O síndrome de DRESS (Drug Rash With Eosinophilia and Systemic Symptoms) é um síndrome raro induzido por fármacos, com um período de latência entre 2-8 semanas. Caracteriza-se por febre, exantema cutâneo, alterações hematológicas (como a eosinofilia), linfoadenopatias e envolvimento de outros órgãos, mas a sua apresentação pode ser bastante variável. Caso clínico: Sexo feminino, 66 anos, como antecedentes pessoais relevantes: vasculite p-anca+ diagnosticada há 2 meses, anemia normocítica normocrómica e hipertensão arterial. Medicação habitual: pantoprazol, alopurinol, furosemida, enalapril, pravastatina (todos iniciados há mais de 1 ano) e ciclofosfamida (esta última iniciada há 2 meses). Recorreu ao serviço de urgência por apresentar febre e exantema pruriginoso desde há 1 semana, sem outras queixas. Da avaliação analítica destacava-se hemoglobina 8,9g/dl, sem leucocitose nem neutrofilia, eosinofilia 33%, PCR 20,8mg/dL, creatinina 2,01mg/dL, aumento das transaminases e dos parâmetros de colestase, sem outras alterações. Por suspeita de reação adversa ao alopurinol, suspendeu-se durante 1 semana, mantendo a restante medicação, mas sem regressão da sintomatologia e com agravamento analítico. Decidiu-se suspender a ciclofosfamida e iniciar corticoides. Após 48 horas, a doente encontrava-se apirética e apresentava uma redução significativa do exantema, com desaparecimento completo do prurido. A doente teve alta dias depois, assintomática, e o controlo analítico mostrava uma diminuição da eosinofilia e da PCR, e função renal, transaminases e parâmetros de colestase com valores dentro da normalidade. Conclusão: O síndrome de DRESS é uma entidade rara e que pode ser fatal, sendo necessário um grande nível de suspeita para fazer o diagnóstico. O tratamento essencial é suspender o

fármaco que pode estar a causar a sintomatologia, no entanto os corticoides podem ter um papel importante no tratamento, principalmente se existir envolvimento grave de órgãos internos.

PO-13-74

MORBILIDADE DE HIPERHOMOSCITEINEMIA POR MUTAÇÃO HOMOZIGOTA DE MTHFR: RELATO DE UM CASO CLINICO

Filipa Aguiar, Vânia Gomes, Rosa carvalho, Céu Rodrigues, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

A mutação homozigótica do gene de methylenete-trahydrofolate reductase (MTHFR) predispõe à condição de hiperhomocisteinemia e assim a um estado pró-trombótico. Os autores apresentam o caso de uma paciente jovem, diagnosticada com Tromboembolismo Pulmonar bilateral e mutação homozigótica do gene MTHFR. Apresentava antecedentes pessoais e familiares de abortos espontaneos. Fazia como medicação habitual anticocepcional oral. Esteve internada no Serviço de Medicina Interna, tendo alta a cumprir hipocoagulação oral. A duração da manutenção da terapêutica hipocoagulante em situações semelhantes é controversa. O risco de recorrência de eventos trombóticos contrastado com o risco de hemorragia implicada na hipocoagulação deverá ser ponderado pelo médico responsável. Os últimos estudos favorecem a hipocoagulação profilática perante a morbilidade de novos eventos trombóticos. A necessidade de rastreio dos familiares dos familiares de forma a antecipar co-morbilidades associadas à trombofilia também não está estabelecida. Este caso pouco frequente é uma oportunidade de revisão dos algoritmos de orientação para a hipocoagulação existentes atualmente.

PO-13-75

INVESTIGANDO UMA DOR COMUM

João Pinto Machado, Ana Abreu Nunes, Joana Silva Marques, João Ribeiro, Sofia Martins, Nuno Monteiro, Marta Mós, Luis Costa Matos, Eurico Oliveira, João Carlos Alexandre, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU

Doente do sexo feminino, com 56 anos. Recorre ao serviço de urgência(SU) com queixas de artralgia a nível das articulações gleno-umerais e coxo-femurais com cerca de 1 mês de evolução, com agravamento progressivo, de predomínio matinal. Medicada com hidrocortisona pelo médico de família com melhoria sintomática durante 2 semanas, mas agravamento posterior. Medicada com cetoprofeno durante 7 dias, mas sem qualquer alívio. Negava cefaleias ou alterações visuais. Ao exame objetivo apresentava boa mobilidade cervical, com dor à palpação das apófises espinhosas, mas sem limitação ou agravamento com os movimentos extremos. Dor à mobilização ativa das articulações gleno-umerais, com limitação da abdução a partir dos 70º e dor ligeira à mobilização passiva. Dor à mobilização das articulações coxo-femurais com limitação dos movimentos, sem dor à mobilização passiva. Laségue negativo. Sem sinais inflamatórios ou dor das articulações distais. Sem dor à palpação da articulação temporomandibular. Sem dor à palpação da região temporal. Analiticamente com aumento da velocidade de sedimentação (57mm/h); Autoimunidade negativa. Electroforese proteica normal. Função tiroideia normal. Estudo imagiológico: radiografia tórax, coluna cervical, lombar e ombros sem alterações estruturais. Iniciou terapêutica com 10 mg de prednisolona com melhoria rápida e significativa das queixas álgicas. Após exclusão de outras causas, conclui-se um diagnóstico de Polimialgia Reumática. A Polimialgia reumática é uma doença de etiologia ainda desconhecida, sendo o seu diagnóstico de exclusão. Como apresentado neste caso, este é muitas vezes tardio, apesar da implicação na qualidade de vida dos doentes. Após inicio de tratamento, com corticosteroides, apresenta prognóstico favorável. Esta doença está associada a arterite de células gigantes, ainda não estando esclarecida a fisiopatologia desta associação.

PO-13-76

ÍNDICE DE COMORBILIDADE COMO PREDITOR DA MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR

Marta Duarte, Halyna Fishchuk, Domitília Faria, Maria José Grade, Carlos Santos, Luísa Arez
SERVIÇO DE MEDICINA 4, UNIDADE DE PORTIMÃO - CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Introdução: O Índice de Comorbilidade de Charlson ajustado à idade (ICC) é um score que mede a complexidade dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Pretende-se estudar o poder discriminatório do ICC como factor preditivo da mortalidade intrahospitalar (MIH) e compará-lo com outro índice derivado do ICC. Métodos: Estudo observacional, transversal analítico, retrospectivo; incluídos os doentes internados num Departamento de Medicina Interna durante 6.5 anos (1 de Janeiro de 2009 a 30 de Junho de 2015). Determinou-se o ICC de cada doente e a MIH. Obteve-se o Índice de Comorbilidade ajustado (ICaj) através da eliminação das variáveis que não demonstraram associação à MIH e inclusão de outras que o demonstraram. Comparou-se o poder preditivo do ICC e do ICCaj para a ocorrência de MIH. Resultados: Incluíram-se 16258 doentes (52,8% sexo masculino, idade média de 73,9 anos, mortalidade de 14,0%). Verificou-se um ICC médio de 4,6 (± 2,5). O ICC foi superior nos doentes com óbito durante o internamento (6,1 ± 2,6 vs 4,4 ± 2,4; p<0.001). As variáveis Úlcera Péptica, Doença Hepática ligeira, DPOC, Doença Reumatológica, Diabetes, Doença Vascular Periférica e Infecção por HIV/SIDA não se associaram a um aumento da MIH. O ICaj médio foi de 4,3 (± 2,6). O ICCaj foi superior nos doentes com óbito durante o internamento (6,0 ± 2,7 vs 4,1 ± 2,4; p<0.001). Quando comparados, o ICCaj demonstrou ter uma tendência para associação à MIH superior (AUC ROC 0,704 [0,693 – 0,714] vs 0,693 [0,682 – 0,703]). Conclusões: O ICC, ao traduzir o peso da comorbilidade dos doentes internados num Departamento de Medicina Interna, demonstrou ser um factor preditivo MIH. A classificação dos doentes internados num Serviço de Medicina pelo ICC é um importante factor de prognóstico do resultado do internamento. Os autores propõem um ajuste do ICC, o ICaj, que demonstrou uma tendência para um maior poder preditivo da MIH e que é de mais fácil obtenção por ter menor número de variáveis.

PO-13-77

DÉFICE NUTRICIONAL DE VITAMINA B12

Inês Ferreira, Raquel Ferreira, Paula Marques
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O défice de cianocobalamina (Cbl) é comum nos idosos, com uma prevalência entre 5-40%. As principais causas de deficiência de Cbl dividem-se em consumo dietético inadequado e má-absorção. Apresenta-se o caso de uma mulher de 89 anos, autónoma, hipertensa. Foi enviada pelo médico assistente ao serviço de urgência por uma anemia com hemoglobina (Hb) 6.8 g/dL em estudo analítico de rotina. A doente referia anorexia e astenia com meses de evolução, sem outras queixas. Apresentava-se hemodinamicamente estável. Analiticamente, apresentava Hb 7.1 g/dL, volume globular médio 112.2 fL, hemoglobina corpuscular média 39.2 pg, leucócitos 3.11*10^9/L, plaquetas 177*10^9/L, ferropenia 40 µg/dl, transferrina 188 mg/dL, ferritina 210.9 ng/mL, ácido fólico 2.2 ng/mL e Cbl <83 pg/mL, desidrogenase láctica 616 U/L, sem alteração da função hepática ou dos marcadores de colestase. A ecografia abdominal não evidenciou alterações de relevo. A doente foi internada no serviço de Medicina Interna para estudo de anemia macrocítica hipercrómica. Do estudo realizado, documentou-se anticorpos anti-factor intrínseco, anti-células parietais e anti-gliadina negativos. A endoscopia digestiva alta (EDA) não evidenciou alterações de relevo. A doente confirmou que há cerca de 40 anos fazia uma dieta restritiva, essencialmente de produtos de origem animal. Iniciou suplementação com Cbl (uma injeção intramuscular diária durante 5 dias) e suplementação com ácido fólico. A Hb subiu paulatinamente (8.5 g/dL à data de alta). A doente teve alta medicada com uma injeção semanal de Cbl durante um mês e posteriormente uma injeção mensal e suplementos de ácido fólico. A causa mais comum de défice de Cbl nos idosos é a malabsorção de Cbl dos alimentos (40-70%), estando muitas vezes associada a gastrite atrófica. Neste caso, dado o resultado da EDA e a história de restrição alimentar, o défice nutricional foi considerado a causa mais provável de hipovitaminose.

PO-13-78

ÚLCERAS GENITAIS: A IMPORTÂNCIA DE NÃO ROTULAR DE DST

Luís Santos, Susana Barbosa, Joana Alves, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM HOSPITAL DE SANTA LUZIA VIANA DO CASTELO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: As úlceras genitais associam-se muitas vezes a doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, existem outras causas em que importa pensar. Das causas não infeciosas destacam-se a aftose complexa, a doença de Behçet, a doença inflamatória intestinal, doenças imuno-bulhosas, doenças neoplásicas ou reacções medicamentosas. Caso clínico: Homem de 68 anos, com patologia osteoarticular degenerativa da coluna. Medicado com etoricoxib 90mg por períodos, durante agravamento das queixas dolorosas. Queixava-se de prurido, manchas escuras e úlceras na região genital, lábios e tronco com 1 ano de duração. As queixas eram intermitentes. Recorreu ao serviço de urgência por lesões bolhosas com 3 dias de evolução que posteriormente ulceraram na região genital e lábio, associadas a prurido intenso. Negava comportamentos sexuais de risco. Objectivamente, as úlceras eram redondas, de contornos bem definidos, muito dolorosas e apresentava ainda machas castanho-violáceas no dorso e máculas eritematosas com vesícula central no abdómen. Foi internado para estudo. Analiticamente, sem leucocitose, PCR 3,86mg/dL, VS 51mm, VDRL e FTA-ABS negativos. Serologias víricas para VIH, VHC e VHB negativas. Foi observado por Dermatologia que considerou tratar-se de eritema pigmentado fixo (EPF), variante bolhosa secundária aos anti-inflamatórios, sendo a flutuação da clínica o resultado da toma ocasional de etoricoxib. Realizou clobetasol e ácido fusídico tópico, anti-histamínico oral e suspendeu etoricoxib. Verificada melhoria franca. Manteve seguimento em consulta, sem novos episódios após a suspensão do fármaco. Discussão: O EPF caracteriza-se por máculas ou placas recorrentes, sempre com a mesma localização, após exposição repetida a um fármaco, com hiperpigmentação após resolução das lesões. A variante bolhosa é uma forma rara. Os fármacos causadores mais comuns são antibióticos, anti-inflamatórios não esteróides, paracetamol ou barbitúricos.

PO-13-79

PANICULITE MESENTÉRICA – UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

Joana Rodrigues, André Simões, Marta Freixa, Sara Úria, Carlos Chagas, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: A paniculite mesentérica é uma doença inflamatória crónica fibrosante, rara, que afecta o tecido adiposo do mesentério. A sua etiologia é desconhecida, podendo ter diversos factores desencadeantes – isquémia, infecção, traumatismo, cirurgia prévia, fármacos, autoimunes ou paraneoplásicos. É mais frequente no género masculino (2-3:1) com idade 50-70 anos. A apresentação clínica é variável, o que torna o diagnóstico particularmente difícil, sendo que geralmente tem um curso benigno, mas pode estar associada a morbilidade significativa. Caso clínico: Homem de 73 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome depressivo; sem antecedentes cirúrgicos. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal de agravamento progressivo, com 4 dias de duração, sem febre, diarreia, trauma ou outras queixas. À observação com dor abdominal generalizada à palpação, sem massas ou organomegálias, e da avaliação analítica sem leucocitose ou neutrofilia (9,98x109/L; 70,3%), proteína C reactiva e velocidade de sedimentação aumentadas (PCR 18,2 mg/dL; 84 mm). Dos exames de imagem, telerradiografia de abdómen: sem níveis hidroaéreos, TC tóraco-abdómino-pélvica: "densificação em vidro despolido ao longo dos eixos venosos e arteriais do mesentério, em localização central no quadrante umbilical do abdómen que atribuímos a paniculite mesentérica". Iniciou-se corticoterapia (prednisolona 40mg/dia) com melhoria clínica e analítica progressive e ao 10º dia apresentava-se sem dor e PCR 1,72 mg/dL, tendo iniciado desmame de corticoterapia. Após um mês repetiu TC abdomino-pélvica que mostrou resolução das alterações. Conclusão: Retrata-se um caso raro de dor abdominal, num doente do sexo masculino, mas com idade superior a 70 anos, sem a presença dos factores desencadeantes mais comuns. A identificação desta patologia e tratamento adequado e atempado requer elevada suspeição na ausência das causas mais comuns de dor abdominal.

PO-13-80

CORTICOTERAPIA, HIPOPITUITARISMO E PSICOSE AGUDA

Renato Costa Reis, Ernestina Mota, Patrícia Howell Monteiro, Raquel Carvalho, Rui M. M. Victorino
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - MEDICINA 2

Introdução: As complicações psiquiátricas relacionadas com a corticoterapia manifestam-se frequentemente 3-4 dias após início de terapêutica e estão geralmente associadas a doses elevadas de corticoesteróides (>40mg/dia de prednisolona ou equivalente). As reacções psicóticas com doses substitutivas de glicocorticoides são raras. Caso clínico: Homem, 66 anos, antecedentes pessoais de gastrite crónica atrófica. Internado por quadro de náuseas, mau-estar geral e desorientação temporo-espacial. A salientar quadro de desconforto abdominal difuso, anorexia, adinamia, perda ponderal não quantificada, obstipação e diminuição da líbido com dois anos de evolução. No exame objectivo com rarefacção pilosa em todo o tegumento, incluindo região genital. Laboratorialmente: hiponatrémia hiposmolar (110mEq/L), diminuição do cortisol, da tetraiodotironina, hormona foliculoestimulante/luteoestimulante/crescimento e testosterona. Estabelecido o diagnóstico de hipopituitarismo em relação com macroadenoma da hipófise identificado em ressonância magnética. Iniciada terapêutica de suplementação com hidrocortisona na dose de 20mg/dia e levotiroxina, observando-se melhoria do quadro sintomático e resolução da hiponatrémia. Ao 3º dia de corticoterapia foi objectivado um quadro de ideação delirante de carácter altruísta, com pensamento mágico, crítica parcial e sem alterações sensório-perceptivas, compatível com perturbação delirante em relação com terapêutica corticoesteróide. Foi reduzida dose de corticoesteróide e instituído antipsicótico atípico com resolução do quadro de psicose. Conclusão: A psicose induzida por corticoesteroides em baixa dose em contexto de hipopituitarismo é extremamente rara. Os seus mecanismos fisiopatológicos não são claros, sendo proposta uma associação entre o défice de produção endógena de cortisol e o hipotiroidismo e a maior susceptibilidade aos efeitos da corticoterapia sobre o sistema nervoso central, manifestada como psicose.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES — LCD #14

PO-14-02

HIPOXEMIA ASSOCIADA A SHUNT DIREITO-ESQUERDO SEM HIPERTENSÃO PULMONAR- CASO CLINICO

Mário Santos, José Costa, Gonçalo Rocha, Jorge Almeida
HOSPITAL DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A hipoxemia associada a shunt direito-esquerdo, sem hipertensão pulmonar, é uma entidade rara, podendo constituir um quadro de platipneia-ortodeoxia. Caso clínico: Mulher de 80 anos, história de hipertensão arterial e doença cerebrovascular. Recorreu ao Serviço de Urgência em Agosto/2015 por queda com traumatismo torácico esquerdo. Referia fadiga de agravamento progressivo com 6 meses de evolução. À observação constatada insuficiência respiratória hipoxémica grave com má resposta ao oxigénio suplementar. D-dímeros elevados mas angio-TC tóracico sem sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP). Sem evidência de infecção. Pela elevada probabilidade de TEP iniciou hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular. Internada para esclarecimento do quadro clínico. Constatada melhoria das saturações periféricas com o decúbito a 0º mas de forma pouco consistente. Iniciou ventilação não invasiva (VNI) com FiO_2 >90% e corticoterapia sistémica pela possibilidade de doença pulmonar intersticial. Ecocardiograma transtorácico sem evidência de shunt e sem hipertensão pulmonar. Verificada melhoria de trocas gasosas permitindo desmame de VNI mas mantendo insuficiência respiratória com necessidades elevadas de oxigénio suplementar. Excluída doença neuromuscular. Realizou cintigrafia de ventilação/perfusão que mostrou sinais de shunt direito-esquerdo, excluindo TEP. O ecocardiograma transesofágico revelou septo interauricular aneurismático, foramen ovale patente (shunt esquerdo-direito) e comunicação interauricular do tipo ostium secundum (shunt bidireccional com predomínio direito-esquerdo). Submetida a encerramento por via percutânea. Teve alta assintomática e sem hipoxemia. Discussão: O shunt direito-esquerdo, sem hipertensão pulmonar, resulta de alterações anatómicas e funcionais que alteram a direção do fluxo fisiológico. O diagnóstico exige um

elevado nível de suspeição devendo ser considerado nos casos de hipoxemia não explicada.

PO-14-03

A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO MANIFESTAÇÃO DA AMILOIDOSE

Sara Abreu, Rita Costa, José Miguel Maia, João Araújo Correia
CHP - HSA

A amiloidose sistémica é caraterizada por uma acumulação extracelular progressiva de proteínas fibrilares que alteram a arquitectura dos tecidos e consequentemente disfunção de órgão. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 67 anos, clínica de 5 meses de evolução de dispneia de grandes para médios esforços e tosse seca. Exame objectivo: lesões purpúricas periorbitais, com diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases. Do estudo realizado destaca-se: pró-peptídeo natriurético tipo B 2507ug/mL; proteinúria, imunofixação sérica com pico monoclonal IgG lambda; excreção urinária de cadeias leves lambda (8.3mg/dL); radiografia de tórax com derrame pleural bilateral; electrocardiograma com ritmo sinusal com baixa voltagem; ecocardiograma transtorácico com hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (HCVE) e septo interventricular severas, compromisso moderado a grave da função sistólica do VE. Ressonância magnética cardíaca com HCVE, com ligeira diminuição da função sistólica (fração de ejeção 49%). Aspirado medular hipocelular, com 3% plasmócitos; biópsia de glândulas salivares com deposição de substância amilóide, imunohistoquímica para cadeias leves da imunoglobulinas positiva (sem desequilíbrio entre cadeias lambda e kappa). Trata-se portanto de um caso provável de amiloidose AL, com atingimento cardíaco e renal. O doente apresentou um rápido agravamento clínico com evolução para insuficiência cardíaca classe III de NYHA (New York Heart Association). Orientado para a consulta de Hematologia, tendo iniciado tratamento com Bortezomib e dexametazona após discussão multidisciplinar. O envolvimento cardíaco pela amiloidose represa uma manifestação grave da doença, com uma sobrevida que pode ser inferior a 6 meses (se não tratada). A quimioterapia tem um impacto positivo na sobrevida (prolonga até 1,6 anos), o que torna imperioso o diagnóstico precoce.

PO-14-04

LIPOMA CARDÍACO OU HIPERTROFIA LIPOMATOSA DO SEPTO INTER-AURICULAR? UM INCIDENTALOMA RARO

Vânia Rodrigues, Miguel Pires, Adriana Santos Silva, Filipa Amado, Ana Ferrão, Renato Saraiva, Sidarth Pernencar, João Morais
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

As neoplasias cardíacas primárias são extremamente raras, com uma incidência verificada em autópsia de aproximadamente 0,02 a 0,05%, representando o lipoma cerca de 10% deste tipo de tumores. A hipertrofia lipomatosa do septo inter-auricular não é uma verdadeira neoplasia mas sim uma lesão cardíaca benigna caracterizada por infiltração não capsulada de tecido adiposo no septo inter-auricular com mais de 2 centímetros de espessura, mais frequente em idosos e indivíduos obesos. Os autores apresentam o caso de um homem de 71 anos que recorreu ao serviço de urgência por dispneia de início súbito e toracalgia pleurítica esquerda. Do estudo efectuado salienta-se: radiografia de tórax com pneumotórax esquerdo; tomografia computorizada torácica com enfisema panlobular e centrolobular, pneumotórax esquerdo e imagem predominantemente lipomatosa na dependência da aurícula direita com cerca de 62 milímetros de maior diâmetro e que estreita de forma significativa o diâmetro da veia cava superior, tratando-se de provável lipoma auricular. Realizou ainda ecocardiograma com fracção de ejecção de 52% e estrutura ecodensa na aurícula direita próximo da entrada nas veias cavas e ressonância magnética cardíaca com espessamento difuso com 38 milímetros envolvendo a parede da aurícula direita e septo inter-auricular traduzindo sinais de hipertrofia lipomatosa do septo inter-auricular, com atingimento do óstio da veia cava superior mas sem sinais de obstrução. Foi orientado para consulta de Cardiologia e Cirurgia Cardio-torácica onde mantém seguimento. Sendo esta lesão cardíaca frequentemente assintomática, constitui um achado habitual apenas aquando da realização de autópsia. Raramente tem indicação cirúrgica, à excepção de casos sintomáticos de fibrilhação auricular, bloqueios auriculo-ventriculares ou obstrução da veia cava nos quais apresenta um excelente prognóstico a curto e longo prazos após o tratamento.

PO-14-05

ENDARTERECTOMIA PULMONAR NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

Vânia Gomes, Rosa Macedo Carvalho, Filipa Aguiar, Maria João Ferreira da Silva, Céu Rodrigues, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

Objetivo: Cerca 5% dos doentes com episódio agudo de tromboembolismo pulmonar (TEP) evoluem para hipertensão pulmonar (HTP) tromboembólica crónica caracterizada pela organização do trombo intraluminal, estenose fibrosa e remodelação vascular dos vasos pulmonares. É uma condição grave e associada a elevada mortalidade. A endarterectomia pulmonar (EP) é o tratamento de escolha. Método: Revisão de um caso clínico e da literatura. Resultados: Homem de 41 anos com antecedentes de tuberculose pulmonar tratada e fumador ativo. Dispneia para esforços progressivamente menores com 3 meses de evolução, associada a edemas vespertinos; sem outros sintomas. Ecocardiograma transtorácico (ETT) revelou HTP severa (PSAP 70-75 mmHg) associada a dilatação moderada das cavidades cardíacas direitas e disfunção sistólica moderada do ventrículo direito (VD) com sinais indiretos de sobrecarga direita. Exames subsequentes confirmaram TEP bilateral extenso, principalmente à esquerda. Internado na Medicina por TEP bilateral crónico agudizado com hipoxemia e sem sinais de instabilidade. Estudo etiológico vasto negativo (exceto heterozigotia para MTHFR). Repetido o ETT após 1 mês, com melhoria ligeira mas mantendo as alterações descritas. Após 9 meses, agravamento clínico em classe funcional III da NYHA e agravamento no ETT; foi orientado para a consulta de HTP em centro de referência português e daí para centro cirúrgico francês dada a indicação formal para avaliação em centro com experiência em EP. Submetido a EP, complicada com hemopericárdio tratado cirurgicamente, tendo resolvido a HTP e toda a clínica do doente. Atualmente em programa de reabilitação cárdio-respiratória. Discussão: O procedimento envolve a remoção do tecido obstrutivo organizado a partir da árvore arterial pulmonar, sendo assim potencialmente curativo. A indicação de EP está relacionada principalmente à presença de limitação funcional e tem um resultado altamente positivo na qualidade de vida dos doentes.

PO-14-06

DISSECÇÃO DA AORTA, UM DIAGNÓSTICO SEMPRE A TER EM CONTA

Francisco Rebocho, Ana Laranjo, Inês Santos, Gonçalo Santos, Joana Sant´Anna, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA

Introdução: A dissecção da aorta consiste numa lesão ao nível da íntima da aorta que vai criando um falso lúmen e afastando as camadas da artéria em questão. É uma emergência médica associada a alta mortalidade e está associada a factores de risco cardiovasculares como a hipertensão e a dislipidémia. Caso clínico: Mulher, 59 anos, autónoma nas actividades da vida diária, pratica natação, recorre ao SU por quadro de tosse seca com 4 dias de evolução e febre. Sem antecedentes pessoais relevantes, historia familiar de morte súbita do pai, história epidemiológica de contacto esporádico com pombos. Analiticamente a salientar, Leucócitos 10.600, PCR 24.6mg/dL, bilirrubina total2.48 mg/dL, directa 1.28mg/dL, análises de urina, Rx-tórax e ecografia abdominal sem alterações significativas. Foi internada com diagnóstico de síndrome febril de etiologia indeterminada. Foram realizadas colheita de hemoculturas, serologias para agentes bacterianos atípicos e iniciou terapêutica antibiótica com Levofloxacina. Fez ecocardiograma transtorácico que excluiu a presença de vegetações valvulares sugestivas de endocardite infecciosa, salientando-se a existência de dilatação da raiz de aorta. Tendo em conta os antecedentes de morte súbita familiar, foi pedido TAC torácica, identificando-se "úlceras ateroscleróticas na aorta torácica, colocando-se diagnóstico diferencial com

úlcera penetrante". Ao fim de 5 dias de antibioterapia estava apirética e com procalcitoninas seriadas negativas. Resultados de hemoculturas, serologias de atípicos e autoimunidade também foram negativos. Teve alta do internamento e foi referenciada à Cardiologia e Cirurgia Vascular. Foi intervencionada cirurgicamente tendo um pós-operatório sem complicações. Conclusão: Neste caso foi possível detectar atempadamente lesões a nível da aorta através de dados ecocardiográficos e posteriormente confirmados com TAC torácica no estudo de uma síndrome febril indeterminado, numa doente com antecedentes de morte súbita familiar.

PO-14-07

DERRAME PERICÁRDICO- A CLÍNICA É MANDATÓRIA

Paula Nascimento, Cristiano Cruz, Valentina Tosatto, Zsofia Vezsa, Matteo Boattini, André Almeida, Rita Barata Moura, Nélia Marques
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- HOSPITAL DE SANTA MARTA

Doente de sexo masculino, 85 anos, autónomo, com história médica de cardiopatia hipertensiva, etilismo crónico (> 75g/dia) e hiperuricemia, com quadro com 2 semanas de evolução de cansaço de agravamento progressivo, com lipotimia e episódio de dispneia de aparecimento súbito e concomitante documentação de fibrilhação auricular de novo, com início de anticoagulação oral, mantendo antiagregante plaquetário. Com estas queixas recorre ao SU já com fadiga para esforços mínimos, episódios de hipotensão sintomática e aumento do volume abdominal. Analiticamente constatado agravamento da anemia (Hb 9.0g/L, VGM 104fl). A tomografia computorizada abdominal e pélvica realizada para exclusão de coleções hemáticas identificou, nos cortes torácicos, a presença de derrame pericárdico com critérios de gravidade, confirmado por ecocardiograma transtorácico. Efetuada pericardiocentese com saída de 1100 cc de líquido serohemático, com melhoria hemodinâmica. O estudo do derrame pericárdico não sugeriu etiologia infeciosa (ADA e BAAR indisponíveis), sendo negativa a pesquisa de células neoplásicas. Não foram identificadas lesões/ massas anómalas na avaliação tomográfica tóraco-abdómino-pélvica. A função tiroideia, a velocidade de sedimentação, a alfa fetoproteína e a eletroforese das proteínas, encontravam-se dentro dos limites da normalidade, salientando-se apenas uma discreta elevação da beta2microglobulina. Sem recidiva do derrame, confirmada ecocardiograficamente, sem outros sinais de serosite, nomeadamente derrame pleural ou ascite, tem alta ao 8º dia de internamento, com suspensão da anticoagulação oral, que se assume como causa provável deste derrame. Este caso é paradigma de uma realidade crescente: terapêuticas mais agressivas em idade mais avançada, com complicações hemorrágicas por vezes difíceis de diagnosticar e da necessidade de manter um elevado nível de suspeição nestes doentes, de forma a não menosprezar quadros clínicos com potencial desfecho negativo.

PO-14-08

ENDOCARDITE DA VÁLVULA TRICUSPIDE EM DOENTE COM CDI E PACEMAKER DDD COM EMBOLOS SEPTICOS PULMONARES

Paulina Mariano, Daniela Alves, Bogdan Katchan, José Silva, Mª Eufémia Calmeiro, Rosa Silva.
HOSPITAL AMATO LUSITANO-CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO: A endocardite infecciosa (EI) envolve o endocárdio, sendo o atingimento do coração direito rara, 5-10%. Os factores de risco da EI da válvula tricúspide (EIVT) são: uso de drogas endovenosas, cardiopatias congénitas, alcoolismo, imunossupressão, dsipositivos intravasculares. O Staphylococcus aureus(SA) é o agente mais frequente, 60-90%. CASO CLÍNICO: Homem 68 anos, caucasiano, antecedentes de enfarte agudo do miocárdio com 3 bypass, pacemaker com função DDD e CDI, hipocoagulado, Insuficiência Cardíaca (IC) NYHA III (Fejecção 20%, PSAP 61mmHg), alcoolismo moderado e exfumador, negava consumo drogas ev. Recorreu à urgência por tosse hemoptóica, odinofagia, febre, desconforto torácico e dispneia. Hipotenso, febril (38.9°c), arritmico, sopro sistólico grau III/VI, crepitações bibasais, godet++/++. Análises: Hb 11.5g/dL, leucocitose 15600/c, neutrofilia, plaquetas 73000/c, PCR 244.6mg/dL, ureia 126mg/dL, creatinina 2mg/dL, INR 2.5, BNP 1523.5ng/L. Rxtórax: cardiomegalia, derrame pleural bilateral. TCtórax: derrame pleural bilateral, cardiomegália, múltiplas consolidações periféricas nodulares. Hemoculturas: SAMR. Ecocardiograma: VT vegetação aderente ao folheto septal. cerca 3.1cm2 prolapsante para a aurícula direita, electrocatéter posicionado nas cavidades direitas, dilatação biauricular do ventrículo esquerdo. Fez linezolide, rifampicina e gentamicina por 18 dias, altura que foi transferido para Serviço de Cardiologia para remoção dos electrocatéter. CONCLUSÃO: A EIVT é rara em indivíduos sem hábitos aditivos, mas pode ocorrer na presença de material intracardíaco. Habitualmente tem boa resposta à antibioterapia ev. A principal complicação é o embolismo pulmonar séptico. Se não houver complicações a mortalidade é de 7%. A cirurgia está indicada na IC refratária, infecção persistente / alta virulência, embolia recorrente, EI fúngica e EI de válvula protésica. Neste caso a presença de EIVT com embolização pulmonar e IC grave conduziram à morte.

PO-14-09

TUMOR FANTASMA

Nayive Gómez, Alexandre Almendra, Filipa Martins, João Carvão, Maria Jesus
CENTO HOSPITALAR LISBOA NORTE-HOSPITAL PULIDO VALENTE, MEDICINA III

Introdução: A insuficiência cardíaca leva a um aumento de líquido nos espaços intersticiais do pulmão gerando um pressão hidrostática positiva através da pleura visceral levando á formação de derrames pleurais bilaterais. No entanto, apesar de pouco comum, pode cursar com derrame pleural septado na cissura horizontal. Esta apresentação simula uma massa na radiografia de tórax que desaparece com o tratamento da doença subjacente e tem sido denominada de tumor fantasma ou pseudotumor evanescente. Caso clinico: Homem de 77 anos, autónomo com diagnósticos prévios de cardiopatia isquémica e hipertensiva, fibrilhação auricular e DM tipo 2. Internado por quadro de tosse com expectoração, dispneia para pequenos/médios esforços, ortopneia e edema progressivo dos membros inferiores com 10 dias de evolução. Ao exame objectivo encontra-se apirético, taquipneico e com uma saturação de 88% com FiO2 21%. À auscultação cardíaca apresenta sons hipofonéticos; e na auscultação pulmonar um murmúrio abolido na base direita com crepitações dispersas. Analiticamente a destacar aumento do NTProBNP (1324pg/dL), leucocitose com neutrofilia (14,30x109/L;87,6%N), elevação níveis séricos de PCR (4,5mg/dL) e exames culturais e antigenúrias para Pneumococo e Legionella negativos. Na radiografia de tórax apresenta um ICT aumentado, hipotransparência arredondada (tipo massa), de contornos bem definidos no hemitorax direito e reforço para-hilar. Assumiu-se ICC descompensada no contexto de infecção respiratória tendo realizado terapêutica antibiótica e diurética observando-se melhoria clínica e radiológica com desaparecimento da hipodensidade oval. Conclusão: O aspecto radiológico do tumor fantasma é variável, dependendo do volume de líquido septado e de sua localização. Reconhecer precocemente este achado radiológico relacionado com a ICC é importante para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários, uma vez que , o principal diagnostico diferencial é o nódulo e/ou massa pulmonar.

PO-14-10

COMBINAÇÃO DE ANTIAGREGAÇÃO E ANTICOAGULAÇÃO EM DOENTES COM FA: A GRANDE CONFUSÃO

Diogo Brás, Pedro Semedo, Pedro Dionísio, Rui Guerreiro, Inês Santos, Ana Laranjo, Francisco Azevedo
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

INTRODUÇÃO: A estratégia de tratamento dos doentes com fibrilhação auricular (FA) depende do risco cardioembólico versus risco hemorrágico. A sobreposição terapêutica de anticoagulação oral (ACO) e antiagregação (AA) em doentes com FA não valvular, segundo orientações da Sociedade Europeia de Cardiologia, está prevista em doentes com enfarte agudo do miocárdio tratados medicamente ou com angioplastia com colocação de stent, não devendo exceder em os 12 meses. A existência de doença arterial periférica ou doença cerebrovascular também poderá constituir indicação para esta estratégia terapêutica, em casos selecionados. OBJETIVO: Os autores pretendem verificar a taxa de doentes com FA sob ACO e AA sem indicação aquando de internamento num serviço de Medicina Interna. MÉTODOS: Estudo observacional retrospetivo transversal de

uma amostra de doentes consecutivos internados num serviço de Medicina Interna. Foram incluídos todos os doentes com história conhecida de FA. Foi consultada a medicação crónica prévia ao internamento, nomeadamente se realizavam ACO e/ou AA. RESULTADOS: Amostra com 151 doentes, 76 (50.3%) do sexo masculino, com média de idade de 81.9 (± 7.2) anos. Destes, 81 (53.6%) estão sob ACO isolada, 48 (31.8%) sob AA isolada, 14 (9.3%) encontram-se sob sobreposição de ACO e AA, e 8 (5.2%) sem ACO ou AA. Existem 95 doentes sob ACO (62.9%). Dos 14 sob ACO e AA, 11 não têm indicação para esta associação, constituindo 11.6% do total de doentes sob ACO. Dos doentes apenas sob AA, 29 (60.4%) deveriam estar medicados com ACO. O anticoagulante oral mais usado é a varfarina, que está presente em 62 (65.2%) dos doentes sob ACO, seguido pelo rivaroxabano, com apenas 13 (13.7%). CONCLUSÕES: Na amostra estudada existe um número considerável de doentes que estão sob ACO e AA sem indicação, que tendo em vista o total de doentes sob ACO, corresponde a 11.6%. Estes resultados revelam um evidente acréscimo de risco de eventos hemorrágicos.

PO-14-11

QUANDO AS GUIDELINES NÃO CONTAM TUDO

Mário Ferraz, Marta Ruivo, Raquel Garrote, Filipa Cardoso, Madalena Vicente, Anna Taulaigo, Claudia Mihon, Ana Lladó, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: A fibrilhação auricular é um ritmo cardíaco anormal caracterizado por contracção irregular, podendo apresentar-se desde assintomática até ao choque cardiogénico. Esta condição está associada a um risco de tromboembolismo entre 4 a 5% por ano, em muito reduzido pelo advento da anticoagulação. No entanto, esta tem que ser ponderada para doentes com baixo risco trombótico ou elevado risco hemorrágico. Caso clínico: Homem, 83 anos, autónomo e activo profissionalmente, com história prévia de hipertensão arterial medicada e controlada, apresenta-se no serviço de urgência (SU) com episódio de fibrilhação auricular de novo. Sem indicação para controlo de ritmo, o doente é enviado a consulta de Medicina Interna para decisão sobre anticoagulação. Atendendo aos scores CHA2DS2-VASc de 4 (Idade e hipertensão) e HAS-BLED de 1 (idade), assim como controlo apertado da sua hipertensão, é decidido o início de anticoagulação. Dois meses após uma primeira consulta de reavaliação em que o doente não apresentava qualquer efeito adverso ou alteração hemorrágica evidente, apresentou episódio súbito de alteração do estado de consciência. Hipertenso à chegada do INEM (TA: 204/81mmHg), o doente é transportado para o SU onde realizou tomografia crânio-encefálica que revelou acidente vascular cerebral hemorrágico. Acaba por falecer 4 dias após internamento em unidade de cuidados intensivos. Conclusão: Com este trabalho os autores pretendem salientar a importância do risco hemorrágico associado à anticoagulação. Apesar de existirem guidelines e normas de orientação clínica a corroborarem a decisão efectuada, é fundamental o conhecimento dos efeitos adversos da terapêutica instituída, tanto pelos profissionais de saúde como pelos doentes, de forma a poder ser tomada uma decisão informada.

PO-14-12

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR PRESUNTIVO

Eva Brysch, João Seabra Barreira, Sara Freire, Nádia Simas, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE – SERVIÇO DE MEDICINA III

O diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) assenta em critérios clínicos, laboratoriais e imagiológicos. O goldstantard é a Angiografia por Tomografia Computorizada (Angio-TC) e a confirmação de TEP por este exame permite iniciar precocemente tratamento específico. O valor preditivo positivo deste exame é menor em doentes com baixa probabilidade clínica e na deteção de êmbolos localizados em artérias segmentares ou subsegmentares. Descrevemos o caso de uma mulher de 33 anos, obesa, com insuficiência venosa dos membros inferiores e status pós-trombose venosa profunda (TVP) após safenectomia há 12 anos. É internada com a hipótese diagnóstica de insuficiência cardíaca congestiva de novo. Analiticamente apresentava D-dímeros positivos e aumento das transamínases e do Péptido Natriurético tipo B. Realiza Angio-TC que exclui TEP major e mostra derrame pleural bilateral. De salientar que 6 dias antes a doente tinha recorrido ao Serviço de Urgência por toracalgia e edema do membro inferior esquerdo, apresentando D-dímeros positivos e tendo-se excluído TVP após realização de Ecodoppler venoso. Realiza ecocardiograma transtorácico que revela dilatação das câmaras cardíacas direitas e Pressão Sistólica da Artéria Pulmonar aumentada. O estudo da coagulação revelou um défice de Antitrombina III (AT III). Pela presença do défice de AT III associado a d-dímeros positivos e a evidência de Cor pulmonale agudo admite-se TEP periférico e inicia-se anticoagulação em doses terapêuticas, verificando-se melhoria do quadro clínico. A cintigrafia de ventilação-perfusão realizada em fase avançada do internamento apresentou baixa probabilidade de TEP. O TEP é uma patologia de difícil diagnóstico e a decisão de iniciar anticoagulação na maioria das vezes exige evidência imagiológica. O nosso caso mostra a importância de uma decisão individualizada e da integração de exames, por vezes com resultados inespecíficos, com a clínica.

PO-14-13

SERÃO OS NOVOS INIBIDORES DA COAGULAÇÃO UMA OPÇÃO NA ABORDAGEM DE TROMBOS DO VENTRÍCULO ESQUERDO?

Vanessa Novais de Carvalho, Pedro Moraes Sarmento, João Sá
HOSPITAL DA LUZ

A eficácia e segurança da utilização dos novos inibidores da coagulação para a resolução de trombos no ventrículo esquerdo (VE) e para a prevenção de tromboembolismo nestes mesmos casos não foi ainda determinada. Os autores (AA) apresentam um caso de utilização Rivaroxabano num doente com um trombo no VE. Caso Clinico: Mulher, de 36 anos, com história de redução da tolerância para esforços moderados progressivamente menores, apos episódio gripal em Fevereiro 2015, admitida em Maio 2015 por hemiparesia esquerda. Ao exame objectivo a doente não apresentava défices neurológicos. Realizou Tomografia computorizada de crânio que não revelou lesões vasculares agudas nem lesões ocupando espaço. O ECG encontrava-se em ritmo sinusal e o Ecocardiograma Transtorácico (EcoTT) documentou miocardiopatia dilatada, com disfunção sistolica grave do VE e presença de trombo no VE. Realizou Ressonância Magnética Cardíaca que confirmou miocardiopatia dilatada não isquémica com fracção de ejecção do VE de 16% e presença de trombo no VE com 19x 19x6 mm. A doente iniciou anticoagulação com Enoxaparina em dose terapêutica e ao 7º dia foi feito o switch para Rivaroxabano oral: 15 mg bid durante mais 2 semanas e posteriormente 20 mg qd. Um mês após o inicio da anticoagulação, o o EcoTT de controle revelou resolução completa do trombo intraventricular descrito. Manteve anticoagulação com rivaroxabano oral 20 mg qd sem intercorrencias até à presente data. Conclusão: A utilização de rivaroxabano no caso descrito demonstrou ser eficaz e seguro como opção de hipocoagulação na abordagem dum trombo do VE. Estudos randomizados poderão avaliar a indicação de rivaroxabano na aboragem destes doentes.

PO-14-14

UTILIZAÇÃO DE RIVAROXABANO EM TROMBOS DO VENTRÍCULO ESQUERDO

Vanessa Novais de Carvalho, Pedro Morais Sarmento, João Sá
HOSPITAL DA LUZ

A utilização dos novos anticoagulantes orais (NOACs) no tratamento do tromboembolismo pulmonar agudo ou na trombose venosa profunda mas também na profilaxia do tromboembolismo sistémico na fibrilhação auricular não-reumática tem evidenciado eficácia e segurança comparativamente aos inibidores da Vitamina K. No entanto, a eficácia dos NOACs na prevenção de tromboembolismo sistémico em doentes com trombos no ventrículo esquerdo (VE) ou na resolução destes, não foi ainda determinada. Objectivo: avaliar a eficácia e segurança do Rivaroxabano em doentes com trombo no VE. População e Métodos: Tratamento aberto, não controlado, com rivaroxabano de doentes com trombo no VE. Resultados: Foram incluídos 4 doentes, 3 homens,

com idade média de 65,5±17,5 anos: 2doentes foram internados por insuficiência cardíaca descompensada, 1 por enfarte agudo do miocárdio e 1 com hemiparesia esquerda. Todos os doentes tinham disfunção sistólica do VE, com uma fração de ejeção média de 37%. A presença de trombos foi confirmada por Ressonância Magnética. 1 dos doentes iniciou anticoagulação inicialmente com Varfarina, enquanto outro com Enoxaparina. 2 dos doentes iniciaram de imediato anticoagulação com Rivaroxabano ajustada a função renal. Em 3 dos doentes confirmou-se resolução do trombo. Não se verificaram intercorrências com o tratamento anticoagulante. Um dos doentes está a aguardar confirmação da resolução do trombo. Conclusão: Nos doentes apresentados, o Rivaroxabano demonstrou ser eficaz e seguro no tratamento de trombo no VE. Estudos controlados e randomizados poderão confirmar os resultados obtidos.

PO-14-15

UTILIDADE DA PROCALCITONINA NA PERICARDITE AGUDA

Vanessa Novais de Carvalho, Pedro Moraes Sarmento, João Sá
HOSPITAL DA LUZ

A procalcitonina (PCT) é um marcador de fase aguda e tem sido utilizado como fator auxiliar na decisão do início/suspensão de antibioterapia. A pericardite aguda (PeriA) acompanha-se de dor torácica, elevação dos parâmetros inflamatórios e frequentemente febre. A decisão de iniciar antibioterapia é por vezes difícil. População e Métodos: Descrição de 3 casos clínicos (CC) de PeriA onde o recurso a PCT mediou a prescrição de TxAB. CC 1: Homem, 35 anos, admitido por dor retrosternal e febre, com 10 dias de evolução. O Ecocardiograma Transtorácico (EcoTT) evidenciou derrame pericárdico, sem repercussão hemodinâmica. A Angio-TC tórax confirmou o derrame pericárdico consistente com PeriA e revelou condensação pulmonar esquerda contígua. Laboratorialmente, PCR elevada. A PCT foi 0,08 ng/mL, optando-se por não iniciar TxAB e manter apenas terapêutica anti-inflamatória (TxAA). O doente evoluiu favoravelmente. CC 2: Homem, 73 anos, admitido por dor retrosternal. Por suspeita de síndrome coronário agudo realizou coronariografia que não revelou alterações. A TC toráx documentou realce pericardico compativel com PeriA e consolidações nas bases pulmonares. Inicia TxAA mas evoluiu com febre e elevação da PCR. A PCT foi 0,3 ng/mL pelo que iniciou TxAB. Evoluiu favoravelmente com apirexia e normalização da PCT. Reavaliado em ambulatório por recorrência de febre 1 semana após a alta apresentava elevação da PCR mas com PCT <0,05 ng/mL pelo que se titulou a TxAA. O doente melhorou. CC 3: Homem, de 43 anos, admitido por dor retrosternal e febre. O EcoTT demonstrou derrame pericardico. Analiticamente elevação da PCR. A PCT era 0,28 mg/dL. A TC torax mostrou consolidação no pulmão esquerdo. O doente iniciou TxAB e TxAA evoluindo favoravelmente. Após a alta, o doente tem recorrência da febre com recrudescência da PCR mas com PCT normal. Retitulou-se a TxAA. Conclusão: Nos CC descritos a PCT demonstrou ser útil na decisão de realizar TxAB em doentes com PeriA e consolidação pulmonar.

PO-14-16

MIOCARDITE - UM CASO VULGAR OU TALVEZ NÃO

Miguel Achega, Nuno Martins, Joana Marques, Alice Rodrigues, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO DA FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA II

Introdução: A ferritina é uma proteína intracelular que armazena ferro. É também uma proteína de fase aguda da inflamação. Miocardite pressupõe uma inflamação do coração, frequentemente subdiagnosticada. A doença de Still do adulto é uma doença inflamatória, rara, de etiologia desconhecida, sendo o diagnóstico de exclusão. Caso Clínico: Homem 47 anos, melanodérmico, natural da Guiné-Bissau com infecção VHB. Observado por quadro com 10 dias de evolução de poliartralgias, dor pré-cordial sem irradiação, agravada com o decúbito, calafrios e odinofagia. Analiticamente, anemia normocitica normocrómica com Hb 8,5 g/dL, padrão de citocolestase, CK 755 U/L, CKmbI 88 U/L, Troponina I 14,8 ng/mL, PCR 16,4 mg/dL, VS 130 mm. Destacava-se infradesnivelamente de ST em DI, DII, aVF, V1 a V6. Ecocardiograma: dilatação de cavidades direitas. Admitiu-se Enfarte Agudo do Miocárdio. O cateterismo revelou coronárias sem lesões. Os valores de troponina I tiveram valor descendente de 14,8 para 0,3 ng/mL. O estudo de anemia revelou ferritina 11857 ng/mL, ferro sérico normal, transferrina e CTFF diminuídos. Serologias virais (HIV, HCV, HAV, Parvovírus B19, Adenovírus, CMV, EBV) negativas. Hemoculturas negativas. Auto-imunidade negativa. Mielograma sem alterações. Os exames de imagem apenas documentaram hepatomegália. Repetiu ecocardiograma: ventrículo esquerdo e direito de dimensões normais com boa função sistólica. Ferritina à data de alta: 2532 ng/mL. Assumido o diagnóstico de miocardite de etiologia incerta. No entanto, o nível de ferritina e o quadro clínico obrigam a considerar a hipótese de Doença de Still do Adulto (um flair de resolução espontânea), raro mas descrito na literatura. Avaliado posteriormente em consulta, assintomático com Hb 15,4 g/dL e ferritina 359 ng/mL.

PO-14-17

ENDOCARDITE INFECCIOSA E AS SUAS COMPLICAÇÕES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Abreu Vieira, David Roque, João Augusto Bicho
HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA – SERVIÇO DE MEDICINA II

A endocardite infecciosa é um processo que afeta o epitélio endocárdico que pode atingir qualquer estrutura cardíaca. A apresentação clínica ocorre geralmente com manifestações sistémicas inespecíficas sendo a febre o sintoma mais comum. Os autores apresentam o caso de doente com 34 anos, fumador, consumidor de haxixe mas sem consumo de drogas endovenosas. Admitido por febre de predomínio noturno, poliartralgias migratórias, astenia e perda ponderal com 4 meses de evolução, referindo lesões violáceas dolorosas nas extremidades dos membros e diminuição recente da acuidade visual. Apresentava-se emagrecido, apirético, eupneico, anictérico, destacando-se sopro holossistólico grau IV/VI, orofaringe com cáries dentárias adenopatias inguinais e axilares, lesões de Janeway plantar esquerda e hálux direito e fundoscopia com manchas de Roth. O estudo complementar revelou anemia inflamatória com elevação da proteína C-reactiva, sem leucocitose ou alterações da função renal ou hepática salientando-se serologias para vírus da imunodeficiência humana e vírus das hepatites B e C negativas. Após realização de tomografia computorizada abdominal evidenciando enfartes renal e esplénico o ecocardiograma transtorácico confirmou vegetação (21x10 mm) na válvula mitral condicionando insuficiência grave. As hemoculturas isolaram Streptococcus viridans e enquanto aguardava intervenção cirúrgica o quadro complicou-se com cardioembolismo cerebral. Apesar dos avanços nos cuidados médicos e cirúrgicos, a endocardite infecciosa mantém-se associada a taxas de mortalidade e morbilidade elevadas, tornando-se imperativo um diagnóstico precoce e implementação atempada da terapêutica.

PO-14-18

TAMPONAMENTO CARDÍACO E CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS

Francisco Cunha, Sofia Barreira, Pedro Branquinho, Lourdes Alvoeiro, Rui Victorino
HOSPITAL DE SANTA MARIA - SERVIÇO DE MEDICINA 2C

Introdução: Derrame pericárdico com tamponamento cardíaco é encontrado em menos de 1% dos doentes com carcinoma de células renais (CCR). Estão descritos dois mecanismos de metastização, pelos vasos linfáticos intra-torácicos ou por via vascular, com invasão da veia cava inferior (VCI). Apresentamos um caso ilustrativo desta rara complicação do CCR. Caso Clínico: Homem, 56 anos, internado por cansaço e dispneia em repouso, tosse seca, dor abdominal difusa, náuseas e vómitos alimentares. Medicado 3 dias antes para infecção respiratória com cefuroxima. Antecedentes de CCR, submetido a nefrectomia direita (2013), com episódio de trombose da VCI (2014), submetido a cirurgia de colocação de filtro, com estudo anatomo-patológico a revelar metastização de CCR. Reavaliação imagiológica com adenopatias mediastínicas, massa no espaço inter-aorto-cava e derrame pericárdico. Medicado com varfarina 5 mg/dia. À observação destacava-se marcado ingurgitamento venoso jugular, taquicardia, sons cardíacos hipofonéticos, palpação dolorosa do hipocôndrio direito e discreto edema bimaleolar. Analiticamente com INR > 10, elevação de enzimas hepáticas e agravamento de função renal. Electrocardiograma com complexos de baixa voltagem e alternância eléctrica. Ecocardiograma de urgência com volumoso derrame pericárdico e sinais de instabilidade hemodinâmica. Realizada

pericardiocentese com drenagem de 2000 mL de líquido sero-hemático, exsudado, cuja pesquisa de células revelou metastização de CCR. Teve alta clinicamente estável. Discussão: Admitimos que o derrame pericárdico neoplásico de evolução sub-aguda tenha sido agravado em contexto de hipocoagulação, possivelmente envolvendo a interacção entre a cefalosporina e a varfarina, nomeadamente por hipoprotrombinémia e erradicação da flora intestinal com diminuição da produção de vitamina K. Salientamos com este caso a complicação rara de derrame pericárdico com tamponamento cardíaco nos doentes com CCR.

PO-14-19

PERDA TRANSITÓRIA DA VISÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Yasmin Mamade, Maria João Baptista, Árcia Chipepo, Francisco Pestana Araújo, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: As causas de perda transitória da visão são vastas: eventos tromboembólicos, vasospasmo, vasculites ou causas oculares. Pode não resultar em incapacidade permanente, mas o tratamento e o prognóstico dependem da etiologia, tempo de evolução e grau de obstrução vascular. Caso Clínico: Mulher, 56 anos, melanodérmica, internada por perda de visão monocular transitória, cefaleia holocraneana e crise hipertensiva de difícil controlo. Tinha hipertensão arterial com 1 ano de evolução, sem seguimento, e internamento 6 meses antes no contexto de acidente vascular cerebral, sem sequelas e sem estudo etiológico. Do exame objectivo salientava-se PA: 217/126 mmHg, discreta pronação da mão direita e défice da visão à direita. Durante o internamento realizou TC-CE que não mostrou lesões agudas; fundoscopia que revelou à direita presença de 2 êmbolos na artéria temporal superior e à esquerda hemorragias punctiformes; ecocardiograma transtorácico com dilatação bi-auricular, hipertensão pulmonar moderada, insuficiência tricúspide grave, apêndice auricular esquerdo sem trombos, ostium secundum com shunt esquerdo-direito significativo e sem evidência de vegetações valvulares; angioRM-CE com leucoencefalopatia vascular marcada. Foi proposta correcção cirúrgica do defeito congénito e hipocoagulada até à intervenção. Conclusão: O defeito congénito tipo ostium secundum pode estar presente em 70-75% dos defeitos congénitos do septo auricular, sobretudo no sexo feminino. Os indivíduos são habitualmente assintomáticos até à vida adulta, mas pode evoluir com insuficiência cardíaca ou disritmia auricular. Este caso ilustra a apresentação clínica com perda transitória da visão de causa embólica, como manifestação primária de malformação congénita cardíaca, e a importância do ecocardiograma como método de diagnóstico nestas circunstâncias. É necessário um alto grau de suspeição para o seu diagnóstico, pois a sua manifestação pode ser tardia e engloba vários diagnósticos diferenciais.

PO-14-20

NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS – ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA CLINICA

Joana Carvão, João Patrício Freitas, Catarina Nóbrega, João Adriano Sousa, Carolina Aguiar, Nicole Pestana, Maria da Luz Brazão
HOSPITAL DOS MARMELEIROS

Introdução: Os novos anticoagulantes orais (NACO) surgiram da necessidade de desenvolver novos fármacos na prevenção tromboembólica que ultrapassassem as limitações dos antagonistas da vitamina K. Os NACO apresentam um ratio eficácia/segurança superior devido aos seus esquemas em dose fixa, efeito previsível, menos necessidade de monitorização e menor interação medicamentosa. No entanto são fármacos com custo ainda elevado, pouca experiência na prática clínica e várias particularidades em situações clínicas (ex. doença renal crónica) que por vezes criam mais confusão do que clareza. Objetivo e Métodos: Neste sentido os autores apresentam uma revisão da literatura mais recente nesta matéria a fim de expor orientações práticas e algoritmos de uso diário destes fármacos na Fibrilhação Auricular (FA) e tratamento agudo da Trombose Venosa Profunda (TVP)/ Tromboembolismo pulmonar (TEP) em contexto de internamento e consulta. Em primeira instância abordar-se-á as propriedades farmacocinéticas dos fármacos, doses, interações farmacológicas e contraindicações. Em seguida os autores propõem-se a realizar algoritmos para o inicio da terapêutica e oferecer resposta a questões de índole prático nomeadamente: qual o NACO mais apropriado atendendo as características do doente, realizar o "Switch" de e para um NACO, atuação perante os erros de dosagem e na interrupção para procedimentos. Adicionalmente, reconhecendo o papel das novas tecnologias na divulgação da informação médica, os autores disponibilizam um código QR a partir do qual será possível obter em qualquer dispositivo móvel um guia de bolso com as principais orientações de uso dos NACOs. Conclusão: os novos anticoagulantes orais são amplamente utilizados na prática clínica pelo que se recomendam orientações práticas que ajudem a clarificar dúvidas, uniformizem a prescrição e reforcem a adesão aos mesmos.

PO-14-21

UM CASO RARO DE PERICARDITE PURULENTA QUE EXIGIU TRATAMENTO EMERGENTE

Ana Raquel Ramos, Mariana Gomes Martins, Ana Braga, Inês Araújo, Filipa Marques, Ana Leitão, Luís Campos, José Neves, Cândida Fonseca
UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE, NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIA MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA LISBOA, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A pericardite purulenta (PP) é uma infecção rara e potencialmente fatal. Na era pré-antibióticos, estava associada à pneumonia pneumocócica, hoje, surge nas bacteriémias, imunossupressão e intervenções cirúrgicas. A PP a gram positivos é raramente causada por Staphylococcus hominis (SH). Caso clínico: Mulher, 61anos, com linfoma não hodgkin B difuso de grandes células (LNHB) em remissão, asma, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose latente (TPL) 6 meses antes e ex-fumadora. Internada por pneumonia pneumocócica com antigenúria positiva e medicada com ceftriaxone. Por cardiomegalia fez ecocardiograma transtorácico (EcoTT): derrame pericárdico (DP) circunferencial moderado, 14 mm, anterior, com ligeiro colapso diastólico da aurícula direita. Evoluiu com melhoria clínica e laboratorial, mas agravamento do DP no EcoTT. Realizada pericardiocentese, com saída de líquido pericárdico (LP) purulento. Realizou drenagem pericárdica cirúrgica e associou-se clindamicina. Do estudo do LP: adenosina desaminase 347U/L, proteínas 5,8g/dL, glicose 31mg/dL, lactato desidrogenase 170355U/L e 295883 células nucleadas, com predomínio de polimorfonucleares; exame direto, cultural bacteriológico, micológico, micobacteriológico, citomegalovírus, herpes simplex tipo 1 e 2 negativos; Imunofenotipagem: 74% de granulócitos sem linfócitos. Recidiva com tamponamento, fez redrenagem por esternotomia e pericardietomia parcial e iniciou vancomicina. Exames do LP negativos. Biópsia pericárdica com isolamento SH sensível à oxacilina. Descalada terapêutica para flucoxacilina, com boa evolução. O EcoTT de controlo com espessamento pericárdico com componente constritiva, sem derrame. Conclusão: A pericardite a SH é uma entidade rara. O caso pretende salientar a importância do diagnóstico etiológico da PP, para o tratamento atempado e prevenção da alta mortalidade. A doente tinha história de TPL e LNHB, ambos predisponentes para esta patologia, dificultando o diagnóstico diferencial.

PO-14-22

SÍNCOPES DE REPETIÇÃO – O DILEMA TERAPÊUTICO DE UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA

Mariana Gomes Martins, Ana Raquel Ramos, Mariana Capela, Filipa Marques, Inês Araújo, Ana Leitão, Luís Campos, Cândida Fonseca
UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, SERVIÇO MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE, NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A Miocardiopatia Hipertrófica (MH) caracteriza-se por hipertrofia ventricular esquerda (HVE), com ou sem obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (VE). Tem carácter familiar em 95% dos casos. Pode-se apresentar de forma assintomática, com insuficiência cardíaca (IC) ou como morte súbita (MS). A Ecocardiografia é o exame mais acessível para

caraterização, com importantes implicações terapêuticas e de prognóstico. Caso clínico: Mulher, 70anos, com MH obstrutiva, fibrilhação auricular (FA) paroxística, doença pulmonar obstrutiva crónica e história familiar de doença cardíaca não especificada com MS, admitida na Unidade de IC por IC crónica agudizada por pneumonia adquirida na comunidade. No internamento, quadro de síncopes de repetição, desencadeada por esforços mínimos, com dor retroesternal, hipotensão e taquicardia, que a confinaram ao leito. Eletrocardiograma: FA, 123 batimentos por minuto. O Ecocardiograma Transtorácico em repouso e em esforço: VE com cavidade diminuta e HVE difusa com obliteração completa méso- apical durante a sístole em repouso e em esforço. Gradiente intraventricular (GIV) máximo 37mmHg. Aos 5 minutos de esforço interrompeu por cansaço extremo com aumento significativo da regurgitação mitral. Aguarda-se estudo genético da doente e dos familiares em 1º grau, bem como decisão de miectomia cirúrgica no sentido de aliviar GIV e melhorar a qualidade de vida da doente que já não terá indicação para transplante cardíaco pela idade e comorbilidades. Conclusão: A MH com obstrução da câmara de saída VE pode associar-se a colapso hemodinâmico e apresentar-se com IC crónica agudizada e hipotensão grave. Este caso relata uma MH com cavidade diminuta, obstrução grave e difusa da câmara de saída VE e regurgitação mitral associada ao esforço, o que condicionou uma manifestação menos comum desta doença, com baixo débito cardíaco e síncopes de repetição com total incapacidade funcional e de difícil decisão terapêutica.

PO-14-23

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DAS MIOCARDITES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Martins, Tiago Serra, Raquel Silva, Miguel Guia, Francisco Madeira, Fernanda Duarte
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - SERVIÇO DE MEDICINA 2

OBJECTIVOS: Com este caso pretende-se alertar para a variabilidade clínica e etiológica das miocardites e salientar que cerca de 50% dos casos acabam por ser considerados idiopáticos. MÉTODO: Apresenta-se o caso de uma doente de 36 anos que recorre ao Serviço de Urgência por palpitações paroxísticas associadas a lipotímia com 15 dias de evolução. O electrocardiograma constatou taquicardia ventricular de complexos largos com ondas T negativas de V1 a V4, não evolutivas. Apresentava aumento da troponina I de 1.66 ng/ml e o ecocardiograma documentou ventrículo esquerdo com septo espessado e dilatação da aurícula esquerda. Por suspeita de miocardiopatia arritmogénica do ventrículo direito foi internada para estudo etiológico. A ressonância magnética cardíaca não demonstrou alterações cinéticas mas constatou zona de edema e realce tardio no septo interventricular apical, sugestivo de Sarcoidose. Contudo, o doseamento de enzima conversora de angiotensina foi normal tendo-se constatado positividade para Coxsackie A24 e Interferon-gamma release assays. A broncofibroscopia e a cintigrafia com gálio foram normais. A tomografia de emissão de positrões documentou captação patológica em adenopatias hilares mas a ecografia endobrônquica e respectivas biópsias foram negativas para doença granulomatosa ou neoplásica. A biópsia miocárdica também não revelou alterações. Durante o internamento, por astenia e d-dímeros elevados pediu-se uma angio-tomografia computadorizada que demonstrou embolia pulmonar bilateral. Admitindo-se elevado risco de eventos arrítmicos malignos implantou-se um cardioversor desfibrilhador implantável e a doente teve alta medicada com sotalol e dabigatrano. CONCLUSÕES: O estudo etiológico das miocardites implica um diagnóstico diferencial complexo que engloba patologias de gravidade muito variável. É importante reconhecer esta entidade como possível causa de arritmias ventriculares malignas pelo que se deve manter um alto nível de suspeição diagnóstica.

PO-14-24

O PAPEL DA IATROGENIA FARMACOLÓGICA EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Sara Viana, Rita Parente, Nídia Calado, Socrates Vargas Naranjo, Ana Santos, Maria Francisca Magalhães, Isabel Soles, Tamar Nunez Garcia, Carlos Cruz Villalon, Vera Escoto
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, PORTALEGRE

Apresentação do caso clínico: Doente do sexo masculino, 90 anos, com antecedentes de glaucoma agudo, diagnosticado na semana anterior, hipertensão arterial, hipertrofia benigna da próstata, hábitos tabágicos e etanólicos. Admitido na urgência por astenia, fraqueza muscular nos membros inferiores e tremor, apresentando hipotermia, polipneia, bradicardia, hipotensão e hiperglicemia; sem sinais neurológicos focais ou de intoxicação. Após terapêutica, por manter bradicardia e repercussão hemodinâmica administrou-se atropina, com estabilização clínica e normalização de parâmetros vitais. Do estudo complementar, destaca-se hipercaliémia, disfunção renal aguda, acidose metabólica hipoxémica, além de Na, Cl, marcadores de necrose miocárdica, cálcio e digoxinemia normais. O eletrocardiograma(ECG) demonstrava FC 39batimentos por minuto (bpm), eixo normal, bloqueio trifascicular (bloqueio auriculoventricular(BAV) 1º grau intercalado com completo, bloqueio completo de ramo direito(BCRD) e bloqueio fascicular esquerdo), sem isquemia aguda, normalizando em 24 horas. O Holter revelou "Ritmo sinusal, com BCRD, FC média 61bpm, 600extrassístoles(ES) supraventriculares, 39ES ventriculares, assintomático". Discussão: Neste quadro clínico a bradicardia assume papel central na instabilidade hemodinâmica, hipotermia e alterações do ECG. Excluíram-se causas de alteração de condução (cardiopatia estrutural, traumatismo, patologia inflamatória, infeciosa, auto-imune e tiroideia). A avaliação cuidada neste caso de emergência médica, a característica transitória das manifestações (resposta a atropina), a ausência de fatores de risco ou distúrbios concomitantes, fundamentam a iatrogenicidade farmacológica de gotas oftálmicas de timolol, como origem do quadro clínico. Os ß-bloqueadores, causa frequente de bradicardia, aliados a hipersensibilidade vasovagal fundamentam a apresentação clínica, tendo sido substituído o colírio.

PO-14-25

AVC CRIPTOGÉNICO NO ADULTO JOVEM – RELAÇÃO COM FOP

Johana Martins Jesus, Catarina de Almeida Rodrigues, Maria Inês Simões, Marta Ilharco, Maria Helena Amorim, António Godinho
HOSPITAL DE S. JOSÉ - MEDICINA 1.4

INTRODUÇÃO: Os Acidentes Vasculares Cerebrais isquémicos (AVCi) em indivíduos até aos 45 anos constituem 10-15% dos AVCi. Das várias etiologias no adulto jovem (18-45 anos) destacam-se as cardioembólicas (35%). A prevalência do Foramen Oval Patente (FOP) na população geral é de 24%, sendo a embolia paradoxal uma causa a considerar nos AVCi. A prevalência de FOP nos AVCi criptogénicos é elevada. CASO CLÍNICO: Homem, 44 anos, sem fatores de risco cardiovascular nem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por parestesias do hemicorpo e hemiface esquerdos. Episódio semelhante na semana anterior com resolução espontânea em horas. À observação: normotenso e em ritmo sinusal, hemiparesia esquerda grau 4, sensibilidade álgica mantida com parestesias no hemicorpo esquerdo e marcha de base alargada. A Tomografia Computadorizada revelou hiperdensidade espontânea na emergência da artéria basilar direita (ABD), confirmando-se por Ressonância Magnética lesão isquémica aguda no território perfurante da ABD. Do estudo efetuado destacam-se: colesterol total 165 e LDL 102; estudo das trombofilias, ecodopplers transcraniano e vasos do pescoço sem alterações; ecocardiograma transtorácico com válvula mitral espessada e prolapso não regurgitante; ecocardiograma transesofágico com septo interauricular redundante e FOP com passagem de bolhas de soro salino em repouso (5-6) e em manobra de valsalva (15-30). Avaliado por Cardiologia, tendo sido proposta oclusão percutânea de FOP que

decorreu sem complicações. Atualmente, 2 meses após intervenção, encontra-se assintomático. CONCLUSÃO: Salienta-se a importância do estudo etiológico dos AVCi no adulto jovem, ainda que a incidência de AVCi criptogénicos permaneça elevada, de forma a instituir estratégias de profilaxia secundária dirigidas. Permanece discutível a profilaxia secundária ideal nos AVCi criptogénicos com FOP, contudo a oclusão percutânea pode ser considerada se risco tromboembólico elevado.

PO-14-26

MIXOMA ATRIAL ESQUERDO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUMICO E HEMORRÁGICO

Cleopatra Goric, Lurdes Ferreira, Rui Ferreira
H. SANTA MARTA

Introdução: Os tumores do sistema cardiovascular são afecções raras. Os tumores primários são raros sendo 75% benignos de quais 50% são mixomas. Mixoma é um tumor de origem endocardica, habitualmente pediculado, de crescimento rápido e localizam-se, preferencialmente, na cavidade atrial esquerda. Caso clínico: Os autores (AA) apresentam o caso de uma mulher de 63 anos, independente e sem antecedentes pessoais patológicos conhecidos. Recorreu ao SU por quadro de desconforto precordial seguido de um episódio de síncope com recuperação completa e espontânea. Sem outras queixas e sem episódios prévios. Exames complementares realizados no SU: ECG taquicardia sinusal com frequência de 102 bpm; trombocitose com aumento dos D-Dimeros e troponina I de alta sensibilidade, sem outras alterações. Angio TC tórax excluiu TEP mas levantou suspeita de mixoma na aurícula esquerda. TC-CE: lesão vascular recente vs componente hemorrágico corticopial. Internada para estudo, despiste e tratamento do mixoma e as suas complicações. Conclusão: Como o acidente vascular cerebral é uma consequência frequente do mixoma e pode ocasionar incapacidade ou mesmo morte subida, os AA apresentam o presente caso pela importância da precocidade no diagnóstico e tratamento do mixoma.

PO-14-27

SIMULAÇÃO DE ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO - DOENÇA TAKOTSUBO

Anton Vasin, Ana Valada Marques, João Galvão, Rosa Amorim
HOSPITAL CALDAS DE RAINHA, SERVIÇO DE MEDICINA

A doença Takotsubo é uma condição reversível, que se caracteriza por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo, mimetizando uma síndrome coronária aguda (SCA). Surge habitualmente após stress físico ou emocional, com predomínio em mulheres na pós-menopausa. Clinicamente, apresenta-se sob a forma de dor torácica ou dispneia. Associa-se a alterações eletrocardiográficas sugestivas de enfarte agudo do miocárdio e discreta elevação das enzimas cardíacas. A angiografia coronária exclui doença arterial obstrutiva, constatando-se, acinesia apical ventricular, com hipercontratilidade basal compensatória. Os autores apresentam o caso de uma mulher, 68 anos com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Admitida por quadro de dor retroesternal e bradicardia. Ao exame objetivo, auscultação cardíaca com sons arrítmicos, frequência cardíaca 52 batimentos por minuto. Analiticamente, aumento dos marcadores cardíacos. Electrocardiograma: ritmo sinusal, extrassístoles ventriculares em bigeminismo e ondas T negativas em DI, DII, DIII, V2-V6. Foi colocada hipótese diagnostica de enfarte agudo de miocárdio sem supra ST. O ecocardiograma revelou acinesia apical, levando à suspeita de doença de Takotsubo, confirmada após realização de cateterismo. Coronariografia sem evidência de lesões das artérias coronárias. A doente teve alta ao 7º dia de internamento, com melhoria clinica e recuperação da cinética segmentar, à posteriori. Este caso pretende demonstrar a importância da coronariografia e ventrículografia para o diagnóstico de uma doença pouco frequente, que simula um típico síndrome coronário agudo.

PO-14-28

SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO VERSUS CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO

Catarina Antunes, Eva Brysch, João Seabra Barreira, Sara Freire, Emilia Velhinho, Gloria Nunes da Silva
SERVIÇO DE MEDICINA III-B - CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

O síndrome de baloneamento apical, vulgarmente conhecido por cardiomiopatia de Takotsubo, caracteriza-se por uma disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo que mimetiza um síndrome coronário agudo (SCA) na ausência de doença coronária significativa. Este síndrome foi descrito pela primeira vez no Japão em 1990 e o seu reconhecimento tem vindo a aumentar dentro dos casos de SCA. Apresentamos o caso de uma mulher de 83 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular paroxística, hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença cerebrovascular lacunar e neoplasia da mama com secundarismo ósseo, internada no contexto de suspeita de um acidente isquémico transitório. Durante o internamento a doente apresentou um quadro de precordialgia sem irradiação e com alterações electrocardiográficas, surgindo inversão das ondas T de V3-V6 e alteração laboratorial com troponina I de 6,23 mg/dL. Assumiu-se o diagnóstico de síndrome coronário agudo, pelo que iniciou enoxaparina terapêutica e clopidogrel após dose de carga (doente com alergia documentada ao ácido acetilsalicilico). Realizou coronariografia que revelou coronárias com padrão de dominância direita, sem lesões valorizáveis por critérios angiográficos e uma cardiopatia segmentar apical com função sistólica global razoável. O ecocardiograma trans-torácico mostrou ventrículo esquerdo não dilatado, sem hipertrofia parietal, mas com aneurisma apical. Deste modo, manteve terapêutica com beta bloqueador, inibidor de enzima de conversão da angiotensina e iniciou um inibidor dos canais de cálcio (lercanidipina) com boa tolerância, melhoria clinica e descida progressiva dos valores de Troponina I. Teve alta clinicamente estável, sendo encaminhado para a consulta de Cardiologia para vigilância em ambulatório. Este caso clinico pretende reforçar a importância do acesso aos exames complementares de diagnóstico, ferramentas orientadoras da decisão clínica perante quadros sintomatológicos complexos e polimórficos.

PO-14-29

ALVO SOLITÁRIO DE UMA DOENÇA SISTÉMICA

Tiago Telo Pacheco, Joana Simões, Rita Delgado Valente, Estefânia Turpin, Margarida Sá Pereira, Luís Borges
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL – HOSPITAL DE S. JOSÉ – UNIDADE FUNCIONAL 1.4

A hipertensão arterial (HTA) é um grave problema de saúde pública e está associada a considerável morbi-mortalidade. A cardiopatia hipertensiva (CH) é uma constelação de anormalidades que inclui a hipertrofia ventricular esquerda (HVE), disfunção sistólica, diastólica e suas manifestações clínicas, incluindo arritmias e insuficiência cardíaca. Os autores apresentam o caso de mulher, 51 anos, natural e residente em Cabo Verde, com hipertensão arterial grau III conhecida há um ano, medicada com antagonista dos canais de cálcio (BCC) e beta bloqueante (BB). Admitida por queixas de cansaço e dispneia para esforços progressivamente menores, acompanhada de toracalgia direita (1 mês de evolução), apresentando-se hipertensa (195/123mmHg), taquicárdica (135bpm) com exame neurológico sumário normal. Realizou: ECG – taquicardia sinusal e HVE; Rx tórax – índice cardiotorácico aumentado e derrame pleural esquerdo ligeiro; Ecocardiograma – AE dilatada, VE dilatado comparedes espessadas e função sistólica globalmente diminuída (FE 25%), fluxo de câmara de entrada do VE com padrão restritivo; Estudo auto-imunidade, serologias virais, proteína amilóide, enzima conversora de angiotensina, cinética do ferro e função tiroideia sem alterações; TC de tórax – espessamento intersticial sugestivo de edema pulmonar; RM miocárdica – sem evidência de patologia infiltrativa. Considerada hipótese mais provável de CH, optimizada terapêutica com recurso a BCC, diurético de ansa, BB, antagonista da aldoesterona e agonista de acção central com significativa melhoria clínica (NYHA classe I). Excluída afecção de outros potenciais órgãos-alvo (SNC, olho, rim). Com este caso pretende-se destacar: - O peculiar envolvimento miocárdico sugestivo de etiologia menos comum e merecedor de investigação mais detalhada, quando considerados tempo de evolução e faixa etária. - A disfunção cardíaca grave enquanto lesão exclusiva e isolada de HTA. - A variabilidade fenotípica do espectro da doença hipertensiva.

PO-14-30

CONSEQUÊNCIAS DE INR INFRATERAPÊUTICO

Helena Maurício 1, Hugo da Silva Antunes 2, Andrei Gradinaru 1, Raquel Gil 1, Tânia Afonso 1, Ana Teresa Gonçalves 1, Cátia Canelas 3, Miguel Correia 2
1 - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE; 2 – SERVIÇO CARDIOLOGIA CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU; 3 – SERVIÇO MEDICINA INTERNA CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Introdução A substituição valvular por próteses mecânicas (PM) ou biológicas (PB) é cada vez mais acessível a um maior número de doentes. As PB são de origem porcina ou bovina tendo menor durabilidade, mais usadas em doentes de idades mais avançadas. As PM são usadas em doentes com maior esperança de vida, com o inconveniente de ser necessária hipocoagulação com antagonistas da vitamina K. Desenvolvimento Os autores apresentam um caso clinico de uma doente do sexo feminino, 69 anos de idade, com antecedentes de DM 2, HTA, dislipidémia, etilismo crónico, prótese valvular mecânica aórtica (por Estenose grave). Incumpridora terapêutica. Recorre à Urgência por quadro de dispneia e tosse seca, com 1 semana de evolução. Sem toracalgia ou síncope. A auscultação revela hipofonese dos sons de prótese, sopro aórtico e crepitações bilaterais. Edemas moderados. Nos exames complementares, ECG sem alterações, gasimetria com insuficiência respiratória hipoxémica, raio x tórax com infiltrado bilateral, troponina e BNP elevados e INR<2,0. Ecocardiograma transtorácico colocou a hipótese de trombo na prótese valvular, diagnóstico confirmado por ecocardiograma transesofágico (prótese mecânica normo-posicionada com um disco imóvel por massa aderente. Procedeu-se a internamento e re-iniciada hipocoagulação. Contactada Cirurgia Cardio Torácica de referência que assumiu ausência de critérios cirúrgicos pela estabilidade hemodinâmica. Durante o internamento apesar da terapêutica a doente apresentou hemiparesia esquerda, por acidente vascular cerebral isquémico trombo-embólico. Alta para Unidade de Cuidados Continuados para reabilitação física e sinalizada como caso social. Conclusão Neste caso verificou-se a sobreposição de duas doenças complexas pelo incumprimento terapêutico, numa doente com necessidade de ter INR alvo controlado. É importante ver o doente como um todo, e avaliar a sua adesão terapêutica para que possam ser tomadas as melhores opções terapêuticas tendo em vista o futuro.

PO-14-31

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Carla Maravilha, Marta Ilharco, Cleide Barrigoto, Johana Martins Jesus, Mª do Carmo Fevereiro, Fátima Lampreia, António Godinho
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 1.4

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença frequente, porém subdiagnosticada, facto justificado por se tratar de uma entidade clínica com sinais e sintomas poucos específicos causando demora na suspeita clínica. Nos países da Europa o TEP é uma causa major de mortalidade, morbilidade e hospitalização motivo pelo qual requer atenção. Os autores mostram a casuística de TEP num Serviço de Medicina, a relação entre a clínica, critérios de Wells à admissão e a sua confirmação por imagem. Perceber a queixa principal que motivou ida ao SU, causa principal do evento assim como avaliar a repercussão hemodinâmica segundo realização de ecocardiograma e ainda terapêutica proposta. Realizou-se uma análise retrospetiva baseada na consulta dos processos clínicos identificados com o diagnóstico clinico de TEP durante o ano de 2015 num Serviço de Medicina Interna. Registo de 19 casos de TEP, 12 doentes género feminino, média de idade 73(. As principais queixas que motivaram ida ao SU foram dispneia e lipotimia/sincope. Quanto aos critérios de Wells à admissão no SU 8 doentes apresentaram risco alto, 6 risco moderado e 5 risco baixo. Verificou-se hipoxemia em 99% dos doentes e taquicardia em 73.7%. Presença de padrão electrocardiográfico s1q3t3 em 2 doentes, e apenas 1 doente apresentou D-dímeros negativos. Ocorreu documentação imagiológica por angio-TC em 100% dos doentes com evidencia de TEP bilateral em 12 casos. Realizou-se ecodoppler a 8 doentes com TVP documentada em 3 casos, assim como realização de ecocardiograma em 12 doentes com registo de dilatação VD (sobrecarga cardíaca) em 6 casos. Um doente foi submetido a trombólise. Registou-se 1 óbito intra-hospitalar. À data de alta a terapêutica hipocoagulante mais prescrita foram os NACO´s, em 13 doentes. O TEP é uma entidade clinica subdiagnosticada e grave. O diagnóstico é feito tendo por base a suspeição clínica que assenta num “calculo de probabilidade” que relaciona a clinica, exame objetivo e fatores de risco.

PO-14-32

VALOR PROGNÓSTICO DO D-DÍMERO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Joana Alves Vaz, Nuno Ferreira Monteiro, Maria Manuela Soares, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ - MEDICINA II

Introdução: Tromboembolismo venoso(TEV) é uma patologia frequente que aumenta a mortalidade intrahospitalar. Os d-dímeros(d-d´) podem traduzir o processo, aceitando-se seu valor preditivo negativo e admitindo-se correlação do nível absoluto com a gravidade clínica. Objectivo: Analisar a relação entre o valor inicial de d-d` nos doentes internados por TEV e a duração de internamento e mortalidade hospitalar, a curto(30 dias) e longo (1 ano) prazos. Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de TEV-tromboembolismo pulmonar(TEP) e trombose venosa profunda(TVP) - num Serviço de Medicina em 2013 e 2014, consultando o Registo Nacional de Utentes. Resultados: 97doentes com TEV, média idade 73,6anos, maioria sexo feminino (n=65): 52doentes com TEP, média idade 76anos, maioria sexo feminino (n=32); 45doentes com TVP, média idade 69,8anos, maioria sexo feminino (n=33). A média de internamento no TEP foi 10,4dias e na TVP 8,64dias. Nos doentes com TEV e valor inicial d-d’>1,0ug/ml verificou-se média de 9.06d e nos doentes com doseamentos<1,0ug/ml foi 11.25d. A mortalidade hospitalar nos doentes com TEV foi 8,2%, na sua maioria TEP e verificou-se só 1caso na TVP. Metade dos falecidos por TEV tinha contexto neoplásico, presente em 75% dos casos de TEP. Nos doentes com TEV a mortalidade aos 30dias foi 2% e a 1ano 15.5% tendo 11doentes TEP e 4doentes TVP. A mortalidade na TVP ocorreu sempre com d-d`>1.0. Todos os doentes que faleceram no internamento tinham d-d’ inicial>1,0ug/ml, tal como os falecidos aos 30dias. Relativamente à mortalidade a 1ano, apenas 1doente apresentou d-d’<1,0ug/ml. Conclusões: Os níveis de d-d´ iniciais dos doentes com TEV relacionam-se com a mortalidade, tanto hospitalar como a longo prazo. A duração do internamento não variou com o nível inicial de d-dímero, sendo paradoxalmente maior no grupo com valor inferior, o que terá sido condicionado por outros fatores. O TEP tem prognóstico frequentemente fatal nos doentes com neoplasia.

PO-14-33

QUILOTÓRAX COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TROMBOSE DA VEIA CAVA SUPERIOR

Ana Luísa Marçal, Élia Cipriano, Albina Moreira, Teresa Santos, Vasco Barreto, Eduardo Eiras, Ana Branco, Manuela Mendes, António Furtado
HOSPITAL PEDRO HISPANO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Quilotórax é uma forma pouco frequente de derrame pleural em que ocorre acumulação de linfa oriunda do tubo digestivo (quilo). É causado por obstrução ou laceração do ducto torácico ou seus tributários, sendo a etiologia mais frequente a neoplásica, seguida do trauma; entre outras causas mais raras encontra-se a trombose da Veia Cava Superior (VCS). Apresenta-se o caso de uma mulher de 84 anos, com doença renal crónica estadio 5d secundária a nefrite intersticial crónica, com história de falência de múltiplos acessos vasculares e à data sob programa regular de hemodiálise por catéter venoso central (CVC) tunelizado jugular direito. Quadro com algumas semanas de evolução de diminuição da eficácia dialítica e episódios recorrentes de edema facial, posteriormente associado a síndrome febril sem foco. À admissão constatado volumoso derrame pleural direito, de aparência leitosa, com critérios de exsudado e com grande quantidade de triglicerídeos (1777 mg/dL), compatível com quilotórax, tendo sido colocado dreno pleural (drenados 1600 mL) com imediata reexpansão pulmonar; assumida também infecção com ponto de partida no CVC, tendo iniciado antibioterapia empírica. Para estudo etiológico

do quilotórax realizou angio-tomografia computorizada que revelou trombo na VCS, na extremidade auricular do CVC. Adoptado tratamento conservador com remoção do CVC, restrição lipídica total, suplementação com triglicerídeos de cadeia média e hipocoagulação. Melhoria clínica progressiva a permitir a remoção do dreno torácico ao fim de 9 dias. Com o caso apresentado os autores pretendem alertar para esta etiologia rara de quilotórax. Em doentes com dispositivos intravasculares, a exclusão de trombose da VCS é essencial.

PO-14-34

O ÊXODO INFECIOSO

Joana Alves, Luís Santos, António Ferreira, Raquel López, Diana Guerra, Alfredo Pinto
ULSAM - HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Geralmente relacionada com infeção de uma ou mais válvulas cardíacas ou de dispositivo intracardíaco, a endocardite infeciosa (EI) apresenta mau prognóstico e elevada mortalidade. A clínica é variável, havendo febre em até 90% dos casos. Todavia, há complicações da EI, que podem ser os sintomas de apresentação. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 80 anos, admitido por febre, dor na região inguinal/coxa esquerda e joelho direito, com 10 dias de evolução. Ao exame físico salientar auscultação cardíaca com sopro mesossistólico II/VI audível no foco aórtico. O estudo analítico destacou aumento dos parâmetros inflamatórios. A radiografia de tórax e a tomografia computorizada (TC) abdominal foram normais. A ecografia do joelho mostrou imagem compatível com bursite, tendo feito drenagem de líquido, colheita para bacteriológico e iniciado antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Vancomicina. Admitido na unidade de cuidados intermédios por choque sético com disfunção multiorgânica. Foi isolado Staphylococcus aureus nas hemoculturas e no líquido sinovial, alterando-se antibioterapia para Flucloxacilina. Realizou ecocardiograma transtorácico, não evidenciando endocardite. Manteve queixas, pelo que realizou TC coxa "colecção alongada na vertente anterior da raiz da coxa, estendendo-se para a musculatura adutora, com cerca de 1x3.5x3.0cm". Pelo reduzido tamanho da lesão, não foi drenado. Alterou-se antibioterapia para Vancomicina. Por persistência da febre colheu novas hemoculturas, positivas para Staphylococcus aureus e Enterococcus faecalis. Realizou ecocardiograma transesofágico observando-se "na válvula aórtica, estrutura ecogénica, móvel, sugestiva de vegetação". Associou-se Gentamicina à terapêutica e fez-se limpeza do abcesso. Posteriormente,foi submetido a cirurgia de substituição valvular aórtica. Salienta-se a importância da suspeição do diagnóstico de EI, face a alguma sintomatologia clínica e releva-se o tratamento precoce de complicações.

PO-14-35

NOVOS DESAFIOS: ANTICOAGULAÇÃO E DOENÇA RENAL CRÓNICA

Ana Gaspar, Ana Corte-Real, Sara Vilas-Boas, Joana Mauricio, Enia Ornelas, Pedro Lopes
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mantida mais comum na prática clínica estimando-se que em Portugal atinja 6,6% dos doentes com idade >70 anos. É uma importante causa de morbi-mortalidade dada a associação a eventos tromboembólicos. A sua prevalência relaciona-se também com a doença renal crónica (DRC), aumentando com a redução da taxa de filtração glomerular (TFG). A varfarina era o fármaco mais utilizado independentemente da TFG, no entanto, os novos anticoagulantes orais (NOACs) têm ganho maior destaque. A maioria dos ensaios clínicos com estes fármacos não incluíram doentes com TFG<30ml/min/1,73m2 e as recomendações terapêuticas são baseadas em estudos farmacológicos. Objetivos e Métodos: Avaliar como a TFG influencia o tipo de anticoagulação prescrita à alta. Foi efetuado um estudo retrospetivo, por o período de um ano, através da análise de registos clínicos hospitalares de doentes com diagnóstico de flutter e FA internados numa enfermaria de Medicina Interna e que tiveram alta sob anticoagulação. Resultados: Foram anticoagulados 160 doentes. A idade média foi de 78 anos e 55,3% eram do sexo masculino. 1) 68,8% foram anticoagulados com NOACs, 20,6% com varfine, 8,1% com enoxaparina e 2,5% com acenocumarol. 2) Verificou-se a seguinte distribuição de acordo com TFG: >50 - varfarina 13,3% e NOACs 70,9%; entre 50-30 - varfarina 26,4% e NOACs 64,2%; entre 29-15 varfarina 33,3% e NOACs em 54,2% (X2; p=0.039). Nenhum doente com TGF <15 foi anticoagulado. 3) Não se verificaram diferenças na prescrição de enoxaparina e acenocumarol. Conclusão: Foi demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre a TFG e a escolha do anticoagulante à data da alta, com tendência para maior prescrição de varfarina e menor para NOACs com diminuição da TFG. Em todos os grupos, os NOACs foram os anticoagulantes mais prescritos. A ausência de ensaios clínicos nos doentes com DRC estádio IV parece ter influência no tipo de anticoagulação prescrita.

PO-14-36

ENDOCARDITE INFECIOSA EM VÁLVULA PROTÉSICA MECÂNICA AÓRTICA. A PROPÓSITO DE UM CASO.

David Donaire, Jorge Mendes, Benilde Barbosa, Rui Garcia, José Moura, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITARIO DE COIMBRA

A endocardite infeciosa (EI) continua associada a importante morbilidade e mortalidade, apesar do tratamento adequado (antibioterapia e/ou cirurgia). Em doentes com antecedentes de doença cardíaca, nomeadamente defeitos valvulares ou portadores de válvulas protésicas, existe um aumento do risco de formação de trombos assépticos de plaquetas e fibrina. Bactérias pertencentes à flora oral, como o Streptococcus viridans, podem, em situações de bacteriémia, infectar esses trombos, podendo levar a quadros de EI. Descreve-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 70 anos, que recorreu à urgência por dispneia, cansaço para pequenos esforços, ortopneia e tosse mucopurulenta matinal. Negava quaisquer outras queixas. Antecedentes pessoais de ex-fumador recente, insuficiência cardíaca, doença coronária isquémica, com colocação de prótese mecânica aórtica (PMA) em 2009; anticoagulado com varfarina. No exame físico destacava-se sopro protossistólico aórtico grau III/VI e fervores crepitantes bibasais à auscultação cardio-pulmonar, com edema dos membros inferiores. Por apresentar alterações analíticas com processo infecioso ativo, iniciou empiricamente Amoxicilina/Ácido clavulânico e Azitromicina sem melhoria, pelo que foi introduzido Meropenem e Vancomicina (VM) com boa resposta ao tratamento. As hemoculturas (várias) foram persistentemente negativas. Fez ecografia transesofágica (ETE) que mostrou imagens sugestivas de vegetações e "pannus" protésico aórtico e vegetação duvidosa ao nível das cordas da mitral. Perante a suspeita diagnóstica de EI da PMA, foi transferido para a unidade de cuidados intensivos coronários, onde realizou terapêutica com Gentamicina (15 dias), VM (37 dias) e Rifampicina (27 dias). Durante o internamento houve agravamento da função renal, com necessidade temporária de diálise. Repetiu a ETE, sem sinais de endocardite aguda. Evolução favorável. Alta após 45 dias de internamento, referenciado para a consulta de Nefrologia e valvulopatias.

PO-14-37

TAMPONAMENTO CARDIACO - UMA ANALISE CASUISTICA

Nuno Craveiro, Yahia Abuowda, Filipa Pedro, Ana Alves Oliveira, Laura Moreira, Cristina Santos
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTAREM - SERVIÇO DE MEDICINA III

O tamponamento cardíaco consiste num acumulo anormal de líquido no espaço entre a pleura visceral e parietal pericárdicas com colapso circulatório associado à redução do volume das cavidades cardíacas e diminuição do output cardíaco. Trata-se de uma patologia grave e life-thretening. A pericardiocentese permite a extracção do fluido e a sua análise, consistindo no principal tratamento urgente/emergente. A análise do líquido pericárdio pode ter alguma influência no tratamento da patologia subjacente Métodos Este trabalho apresenta a casuística, de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015, em que foram analisados os Processos clínicos dos serviços de Cardiologia, Pneumologia e Medicina, e meios complementares diagnósticos associados. Variáveis analisadas: Sexo, idade, número de dias de internamento, queixa principal, Perfil hemodinámico à entrada do SU (Serviço de Urgência), Características particulares presentes no ECG (electrocardiograma), distancia entre as pleuras pericárdicas avaliadas no

ecocardiograma de primeira avaliação, características líquido pericárdico, iagnóstico final após alta. Resultados População total N= 24, Sexo masculino N=13, Sexo feminino N=11, Idade: Média:64 anos, Max 96 anos, Min 24 anos, Dias Internamento: Média 13 dias, Max28 dias, Min 3 dias, Diagnóstico final: Idiopático N=12, Metástase Neoplasia N=4, Instumentação, Cirurgia ou Enfarte, N=4, Lúpus eritematoso sistémico N=3, Tuberculose N=1 Conclusão Causas infecciosas, auto-imunes, neoplásicas ou qualquer agressão que possa provocar uma pericardite, pode causar um derrame pericárdico. A análise do líquido pericárdico, têm pouco rendimento como método diagnóstico embora a sua análise cuidadosa possa ser bastante vantajosa. Os dados obtidos, demonstram uma população diversificada, compatível com a dimensão do hospital e semelhante a outros centros de igual capacidade, sendo o tamponamento cardíaco uma patologia relativamente infrequente, em concordância com a literatura.

PO-14-38

MIOPERICARDITE TÓXICA APÓS DESCOMPRESSÃO RÁPIDA DE MEGACÓLON

André Ferreira Simões, Ana Rita Victor, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Ana Rita Ramalho, Pedro Carrilho, Sara Úria, Luís Sargento, Armando Bordalo e Sá, Roberto Palma dos Reis, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: A miopericardite define-se como inflamação do miocárdio e derrame pericárdico, raramente associada a descompressão de megacólon. Caso: homem de 25 anos, antecedentes de obstipação crónica, controlado com dieta. Internado por suboclusão intestinal, tendo realizado TC abdominal que mostrou: "megacólon todo preenchido por fezes", levantando-se a hipótese de Doença de Hirschsprung (DH). Após terapêutica com laxantes osmóticos e enemas, perdeu 20kg de peso em dois dias. Realizou ECG: alterações dinâmicas do segmento ST-T: inicialmente ondas Q e supradesnivelamento do segmento ST nas derivações inferiores, evoluindo 3 dias depois com descida do ponto J e posteriormente inversão da onda T, com normalização 5 dias depois. Analiticamente com subida da troponina (52,06ug/L) e Nt-proBNP (7222 pg/mL). Ecocardiogramas seriados: "dilatação e disfunção ventricular esquerda (VE) progressivas, inicialmente a nível do septo e parede inferior estendendo-se depois à parede anterior; fracção de ejecção (Fej) 39%; padrão restritivo e pequeno derrame pericárdico (DP) circunferencial. Coronarioventriculografia com: "coronárias sem alterações e disfunção sistólica do VE com Fej 39%"; biópsia miocárdica não efectuada. Ao 19º dia, por taquicardia ventricular seguida de fibrilhação ventricular, foi cardiovertido e transferido para cuidados intensivos, mantendo salvas de taquicardia ventricular tratadas com amiodarona, bisoprolol e correção de hipocaliémia. Estudo etiológico (virus, imunológico e bacteriano) negativo. A RMN cardíaca documentou: "aumento do volume do VE, compromisso moderado da função sistólica e realce tardio com padrão de miocardite extensa". Nas visitas de follow-up, com recuperação parcial da função sistólica. Biópsia intestinal inconclusiva para DH. Conclusão: o quadro foi interpretado como miopericardite tóxica secundária à descompressão rápida de megacólon por libertação de toxinas, mediadores inflamatórios e eventualmente associada a lesões de reperfusão.

PO-14-39

QUANDO A PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIA OPTIMIZADA NÃO BASTA - TROMBOSE DE STENT NUM DOENTE VIH

Rui Valente, Sofia Carvalho, Luís Morais, Ramiro Carvalho, Lurdes Ferreira, Rui Ferreira
HOSPITAL DE SANTA MARTA - CHLC

É conhecido o risco aumentado de doença arterial coronária nos doentes com vírus imunodeficiência humana (VIH). Os autores reportam o caso de um doente do sexo masculino, 57 anos, raça negra, co-infecção VIH-2/ hepatite B, com bom controlo e cargas virais negativas; diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado com mau controlo metabólico sem outros factores de risco cardiovascular. Doente recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por toracalgia direita com irradiação cervical. Exame objectivo e ECG sem alterações. Analiticamente, com aumento dos marcadores de necrose miocárdica (troponina I de alta sensibilidade 392.2ug/L). Admitiu-se enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST, medicado com dose de carga de dupla antiagregação (ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel) e internado em Serviço de Medicina, com boa evolução clínica. Realizou cateterismo (4º dia internamento): doença de dois vasos (segmento médio coronária direita(CD) (90% estenose) e 1ª obtusa marginal(OM1) (estenose de 95%)), colocando-se 2 stents revestidos. Teve alta no 11º dia internamento,com medicação optimizada. Recorreu ao SU 4 horas após a alta por pré-cordialgia. ECG: supradesnivelamentoST DII, DIII, aVF, infra-desnivelamento ST V1-V3. A coronariografia urgente revelou boa aposição do stent na CD, trombos intra-stent e dissecção com início na margem distal do stent; OM1 com boa aposição do stent, trombos intra-stent e ausência de dissecção nas margens. Realizou-se revascularização adequada. Substituiu-se clopidogrel por ticagrelor após o procedimento. Sem intercorrências no internamento. Teve alta sob anti-agregação dupla AAS 100 mg id e Ticagrelor 90 mg bid, Bisoprolol 5 mg id e Lisinopril 20 mg id. No caso apresentado garantiu-se a prevenção secundária farmacológica adequada,podendo explicar-se a trombose aguda de stents pelo aumento do potencial trombótico no VIH e diabetes mellitus. A multidisciplinaridade na abordagem destes doentes auxiliará na escolha dos cuidados mais adequados.

PO-14-40

UMA CASCATA DE EVENTOS

Tiago Pack, Catarina Cardoso, Afonso Rodrigues, Sara Oliveira, Karin Luz, Catarina Pires, Rodolfo Abreu, Gonçalo Rodrigues, Nelson Camacho, Luís Morais, Teresa Garcia, Patrícia Cachado, Luís Mota Capitão, Pedro Marques da Silva, António Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - SERVIÇO DE MEDICINA 4

Introdução: a embolização de cristais de colesterol é uma doença que afeta vários sistemas podendo ocorrer pós arteriografia ou intervenções vasculares e, menos frequentemente, pós terapêutica fibrinolítica ou hipocoagulante. Reportamos um caso de isquémia distal dos membros inferiores (MI) e lesão renal por ateroembolismo pós fibrinólise. Caso clínico: doente do sexo masculino de 64 anos com antecedentes de HTA e dislipidemia que, na sequência de um AVC isquémico, foi submetido a fibrinólise com melhoria dos défices. Após a alta recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor e cianose distal dos MI sendo internado no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular. Apresentava cianose não fixa e pulsos palpáveis bilateralmente, lesão renal não oligúrica (creatinina 2.5), VS 55mm, Angio-TC com ectasia aórtica e doença ateromatosa grave generalizada. Ecocardiograma transesofágico (ETE) sem trombos ou vegetações intracardíacas mas com trombo na aorta descendente. Iniciou HNF com melhoria tendo alta hipocoagulado. Reinternado por recrudescência das queixas, é pedido o apoio da Medicina Interna por agravamento da função renal (Cr 7), tendo iniciado técnica de substituição renal. Do estudo complementar salienta-se leucocitose com eosinofilia (10.36%), colesterol total 192 e LDL 125. Repetiu ETE que evidenciou placas ateroscleróticas procidentes com trombos móveis localizados ao nível do arco aórtico e da aorta descendente. Holter, estudo vasculítico, auto-imune e fundoscopia sem alterações. Após discussão em equipa multidisciplinar, atendendo à progressão da isquémia sob terapêutica com HNF associada à lesão renal, eosinofilia e angio-TC, admitiu-se um quadro de ateroembolismo, tendo-se suspenso a hipocoagulação e iniciado corticoterapia sistémica. Teve alta com melhoria global, mantendo seguimento em consulta sob programa de diálise. Conclusão: os autores realçam este caso pela sequência de eventos após um estímulo inicial numa doença rara com repercussão multissistémica.

PO-14-41

SÍNCOPE – QUANDO REPRESENTA UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Afonso Rodrigues, Catarina Cardoso, Catarina Pires, Tiago Pack, Sara Oliveira, Karin Luz, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, SERVIÇO DE MEDICINA - UNIDADE FUNCIONAL 4

Introdução: Embora comuns, os episódios de síncope, quando recorrentes e com impacto na qualidade de vida, representam importantes desafios do ponto de vista da abordagem diagnóstica e terapêutica. Caso Clínico: É descrito o caso de

uma mulher de 76 anos, autónoma, referenciada à Consulta Externa por episódios sincopais recorrentes. A doente descrevia episódios de perdas de conhecimento na infância com diminuição progressiva da sua frequência com a transição para a idade adulta. Entretanto diagnosticada Hipertensão Arterial para a qual foi medicada. Nos últimos três meses apresentava novos episódios com pródromos de alguns segundos caracterizados por sensação de "cabeça vazia" e perda de força generalizada. Avaliações da pressão arterial em ambiente de consulta com perfil hipertensivo (165-175/75-85mmHg), sem hipotensão postural. Estudo complementar exaustivo a revelar apenas teste de TILT positivo com resposta de tipo 1 ou misto. Discutiu-se o caso com a Cardiologia e optou-se por instituir medidas conservadoras: redução de terapêutica anti-hipertensora com monitorização ambulatorial da pressão arterial, utilização de meias de contenção elástica e educação para transições decúbito-ortostatismo de forma lenta e cuidadosa. Apesar da adesão total a estas medidas mantiveram-se os episódios, o que motivou o internamento para repetir estudo. Resultados foram semelhantes pelo que se optou por iniciar programa de TILT training – cumpriu 4 sessões sem intercorrências e sem reprodução da sintomatologia referida pela doente, no entanto, à 5ª sessão detectou-se um bloqueio aurículo-ventricular completo. Decidiu-se então implantar pacemaker definitivo (VVIR). Desde então tem sido acompanhada em ambulatório apresentando total resolução dos episódios referidos. Conclusão: Embora não seja uma indicação formal e consensual, em algumas situações a colocação de pacemaker é uma solução a ter em conta na abordagem clínica da síncope.

PO-14-42

SINDROME DE LERICHE NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Hirondina Rocha, , Viktor Filyuk, Juan Puentes, Márcia Pinto,Adriano Kussoca,Francisca Frade, Rogéria Matos.
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, SERVIÇO DE MEDICINA IV

Os autores apresentam o caso clinico de um doente do sexo masculino, 73 anos, casado, reformado,autónomo,com antecedentes de hipertensão, fibrilação auricular,dislipidemia, tabagismo, diabetes.Medicação habitual: varfine, losartan, hidroclorotiazida, sinvastatina, captopril. Internado no serviço de medicina por: doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada, insuficiência cardíaca descompensada por pneumonia adquirida na comunidade, com necessidade de ventilação não invasiva.No 5º dia de internamento inicia quadro súbito de dispneia, agitação psicomotora, dor abdominal, parestesia nos membros inferiores e priapismo.Ao exame objectivo agitado, diaforético, polipneico, com dor abdominal difusa e priapismo.Auscultação cardíaca e pulmomar sem alterações.Tensão arterial:180/110 mmHg, frequência cardíaca:100 bpm, frequência repiratória:32cpm, Sat periférica:87%.Abdomém: doloroso apalpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal.Membros inferiores: cianose distal bilateral, pulsos femurais ausentes.Analiticamente:gasimetria arterial a 15L/min:acidose mista com hiperlactacidemia;leucocitose com neutrofilia, PCR30, marcadores de necrose miocárdica negativos,ProBnp1300,D-dímero400, ECG:fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, Rx torax: hipotransparência nos 2/3 inferiores bilateralmente;Angio-TAC abdominal:obstrução da artéria aorta abdominal, sugestiva de aterosclerose grave ao nível da bifurcação das artérias ilíacas. Solicitada avaliação urgente pela cirurgia vascular, que realizou bypass aorto-femural bilateral.Doente enviado posteriormente para unidade de cuidados intensivos aonde permaneceu por 15 dias.Conclusão:trata-se de doença arterial periférica com manifestação aguda grave e rara nesta faixa etária mas que pode acontecer, dado aos factores de risco existentes neste doente.

PO-14-43

ANTICOAGULATION THERAPY IN THE ELDERLY WITH ATRIAL FIBRILLATION: REAL-WORLD DATA

Rita Ilhão Moreira, Madalena Cruz Coutinho, Sofia Furtado, Rodrigo Leão, José Ribeiro, Júlio Almeida
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - MEDICINA 1.2

Introduction: Anticoagulation therapy (ACT) is effective in preventing atrial fibrillation (AF)-related strokes, however it is underused in high-risk populations, like the elderly. We sought to analyse factors associated with non-prescription and evaluate outcomes of ACT in older patients (pts). Methods: Retrospective study including consecutive pts ≥ 65 years old with AF discharged from an internal medicine department during one year (2014). Results: 155 older pts were included, mean age was 82.08 ± 7.38 years old and 45.2% were male (follow-up 13.17 ± 7.99 months). Permanent AF represented 64.5%, followed by paroxysmal (23.2%) and persistent AF (12.3%). Mean CHA2DS2VASc score was 5.5 ± 1.64 and no patient scored < 2, while mean HASBLED was 2.4 ± 0.98. At discharge, 41.9% received ACT. Vitamin K antagonists (VKA) were considerably more prescribed than non-VKA oral anticoagulants (32.1% vs 4.4%). Antiplatelet therapy was used in 49% and 9% were discharged with no antithrombotic therapy. Factors associated with non-prescription of ACT were: increasing age (p=0.00), lower functional status (p=0.00), bleeding history (p=0.01), concomitant use of drugs and alcohol (p=0.007) and increasing HASBLED score (p=0.009). In the multivariate analysis, age (OR 1.085; CI 1.020-1.154; p=0.01), functional status (OR 3.990, CI 1.645-9.676; p= 0.002) and history of bleeding (OR 3.877; CI 1.557-9.658; p=0.004) remained independent predictors of non-prescription. CHA2DS2VASc score did not influence ACT use. The composite endpoint of all-cause death, ischemic stroke and major bleeding occurred less frequently in pts discharged with ACT (20.0% vs 34.4%, p=0.049). Conclusion: In this study, ACT was underused in older pts. Independent factors of non-prescription were increasing age, functional status and history of bleeding, while risk of thromboembolism exerted no influence. ACT at discharge was associated with better clinical outcome.

PO-14-44

FEVER IN ELDERLY UNMASKED BRUGADA SYNDROME

Sofia Lázaro Mendes, Luis Elvas, Domingos Ramos, Mariano Pego
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (CHUC)

A 74-years-old man was admitted to the emergency department after he had experienced one syncopal episode followed by ventricular fibrillation that was witnessed by medical emergency team. After defibrillation and one round of cardiopulmonary resuscitation, the patient regained spontaneous circulation. He had presented malaise and fever during the night. His blood pressure was 125/78 mmHg, his oxygen saturation was 96% on room air and temperature was 38.2ºC. An electrocardiogram (ECG) at the admission time demonstrated a coved ST-segment elevation in V1 and V2 followed by a negative T wave compatible with type 1 Brugada pattern. There was no family history of sudden death or heart disease. His previous ECG done six months prior was essentially normal. The transthoracic echocardiogram was performed and structural heart disease was excluded. He was admitted to the cardiac care unit for closer monitoring. Repeat ECG 24 hours later in apyrexia showed a complete normalization. The infection was resolved and a cardioverter defibrillator was implanted before the discharge.

PO-14-45

OS EVENTOS TROMBÓTICOS E O SAAF

Cátia Carvalho, Daniana Condado, Joana Diogo, Aline P. Gonçalves, José Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE FUNCIONAL 7.1

A síndrome dos anticorpos anti-fosfolípidos (SAAF) é uma patologia pro-trombótica e auto-imune que tem uma prevalência estimada em 40 a 50 casos por 1000.000 pessoas e uma incidência de 5 por 100.000 pessoas/ano, tendo manifestação clínica mais comum os eventos trombóticos como é a trombose venosa profunda. Apresentamos uma mulher de 45 anos, com história pessoal de metrorragias por fibromiomas e síndrome depressivo; e história familiar de irmão com doença renal crónica terminal em hemodiálise. A doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor ao nível do membro inferior direito (MID) com 3 semanas de evolução e agravamento progressivo, associado a edema, cansaço e dispneia, sem história de traumatismo. Apresentava-se polipneica e sem outras alterações ao exame objectivo, além das acima descritas. O doppler venoso do MID revelou um trombo oclusivo ao nível da popliteia, tendo neste contexto iniciado anti-coagulação e meias de contenção elástica. Foi realizada gasimetria com hipocapnia e sem hipoxémia, electrocardiograma com padrão S1Q3T3, D-

dímeros aumentados de 558mcg/L e angioTC do tórax com evidência de "defeito de preenchimento ao nível da artéria lobar inferior direita e de um ou outro ramo segmentar da pirâmide basal esquerda", ficando subsequentemente internada onde do estudo etológico se destaca positividade para o anticorpo anti-cardiolipina e anticorpo anti-B2GP1, com anticoagulante lúpico negativo, apresentando desta forma o diagnóstico de SAAF. A doente teve alta sob anti-coagulação oral e orientada para a consulta de Medicina; tendo ao final de um ano repetido o estudo auto-imune do qual há de novo o anti-coagulante lúpico positivo, mantendo a positividade inicialmente descrita. O caso destaca-se não pela sua singularidade, mas como forma de alertar para uma patologia cuja apresentação pode ser catastrófica em menos de 1% dos casos condicionando 50% de mortalidade.

PO-14-46

DOENÇA CIRÚRGICA, CAUSA MÉDICA

Tiago Pack, Catarina Cardoso, Afonso Rodrigues, Sara Oliveira, Karin Luz, Catarina Pires, Rodolfo Abreu, Anita Quintas, Rita Soares, Nelson Camacho, Luís Morais, Teresa Garcia, Patrícia Cachado, Luís Mota Capitão, António Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA - SERVIÇO DE MEDICINA 4

Introdução: a trombocitose essencial é uma doença rara cujo diagnóstico precoce permite introduzir medidas profiláticas que visam evitar as complicações trombóticas e hemorrágicas caraterísticas desta doença que por vezes são a manifestação inicial e são fatais. Caso clínico: doente do sexo feminino de 66 anos, internada no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular por quadro de dor súbita localizada ao membro inferior direito e claudicação intermitente com dor em repouso com 3 semanas de evolução. Após o exame objetivo e ecodopplers realizados, verificou-se isquémia crónica agudizada do membro referido, pelo que foi submetida a tromboembolectomia e angioplastias dos vasos comprometidos com arteriografia de controlo a documentar a permeabilidade dos mesmos. Foi pedido o apoio da Medicina Interna por trombocitose documentada analiticamente (808.000) que, após revisão dos antecedentes da doente, se apurou que já teria trombocitose desde 2007 (500.000). Foi referenciada a consulta para estudo complementar à qual não compareceu e, consequentemente, não se terá procedido à investigação. Sem fatores de risco ou outros antecedentes de relevo, pediu-se a pesquisa da mutação JAK2 que ulteriormente se revelou positiva. Foi reintervencionada no dia após o procedimento inicial por trombose precoce distal com necessidade de terapêutica fibrinolítica e novas angioplastias. No decorrer do internamento, sob terapêutica hipocoagulante e vasodilatadora, verificou-se progressão da isquémia distal a condicionar a amputação do membro. Importa referir que iniciou terapêutica com hidroxiureia e antiagregação simples e que manteve seguimento em consulta de hematologia após a alta hospitalar. Conclusão: Os autores realçam este caso pela sucessão de eventos trombóticos que culminou na amputação de um membro, complicação que poderia ser potencialmente prevenida na presença de um diagnóstico precoce.

PO-14-47

ENDOCARDITE FÚNGICA – O DESAFIO DO CONTEXTO CLÍNICO.

Daniel Seabra, Leonor Marques, Isabel Almeida, Rui Sousa, Paula Pinto, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA E SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

INTRODUÇÃO: A endocardite infeciosa (EI) fúngica é uma entidade rara que implica alto grau de suspeição e identificação de populações de risco. A abordagem diagnóstica contempla estudos microbiológicos e o ecocardiograma que permite identificar vegetações, habitualmente, de grandes dimensões e potenciadoras de destruição valvular. Associa-se, normalmente, a prognóstico reservado. CASO CLÍNICO: Homem, 69 anos, com antecedentes de EI de prótese mitral mecânica substituída por prótese biológica em 2012; fibrilhação auricular permanente hipocoagulada; doença cerebrovascular sequelar; litíase renal (com cateter duplo JJ, posteriormente retirado). Múltiplos episódios de infeção do trato urinário com necessidade de ciclos de antibioterapia em ambulatório, sem resposta, motivo pelo qual foi internado. Observação: descorado; febril; auscultação cardíaca arrítmica; Murphy renal negativo. Analiticamente: leuco-eritrocitúria, PCR elevada, sem leucocitose; INR supra-terapêutico. Estudos microbiológicos (urocultura/hemoculturas) identificam Candida albicans. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico evidencia volumosa massa heterogénea na aurícula esquerda, isoecóica com pequenas áreas anecogénicas e sem Doppler-cor no interior, que atapeta as paredes da cavidade associada a vegetações na prótese valvular mitral (sem disfunção associada). Inicia anfotericina B lipossómica e fluconazol. Reavaliação ecocardiográfica após quatro semanas evidencia redução da massa sugerindo endocardite mural. Foi proposta intervenção cirúrgica, impossibilitada pelo elevado risco associado. Evoluiu com lesão renal aguda progressiva e embolização sistémica, tendo falecido após seis semanas de tratamento. DISCUSSÃO: Os autores pretendem assinalar a importância da etiologia fúngica como causa de EI, inclusive em doentes não imunocomprometidos. Enfatiza-se a necessidade de avaliar o contexto clínico para enquadrar os achados clínico-imagiológicos de um ponto de vista holístico e multidisciplinar.

PO-14-48

DISFUNÇÃO VENTRICULAR DIREITA PÓS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Marta Freixa, André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Mónica Pereira, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: A disfunção ventricular direita aguda após embolia pulmonar (EP) maciça é um evento grave e pouco frequente. Apenas em cerca de 10% o padrão electrocardiográfico é S1Q3T3. Caso clínico: Doente do sexo feminino, 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, tromboflebite do membro inferior esquerdo em 2008 e hipertensão pulmonar grave (PSAP 70 mmHg). Referia cansaço com 8 meses de evolução, e recorreu ao serviço de urgência com quadro clínico com 3 dias de evolução caracterizado por dispneia para pequenos esforços, associado a dois episódios de síncope com incontinência de esfíncteres. Estava medicada com candersartan/hidroclorotiazida 16/12.5mg, carvedilol 25mg, acido acetilsalicilico 150mg, fibrato, estatina. À admissão encontrava-se hipotensa (97/53 mmHg), com 62 bpm e SpO2 88%; analiticamente com leucocitose (13.9x10^9/L), proteina c-reactiva 2.5mg/dL, D-dímeros 2.19 ug/mL, troponina I negativa, NT-proBNP 13865 pg/mL; a gasimetria mostrava hipoxémia (54,1 mmHg) e hipocápnia (26,1mmHg), com resposta à oxigenoterapia. Electrocardiograma em ritmo sinusal, 63 bpm, QTc 486ms, S1Q3T3, inversão da onda T V1-6, desvio direito do eixo elétrico. O estudo comparativo dos ecocardiogramas mostrava, de novo, disfunção ventricular direita (TAPSE 18>14mm) e fração de ejeção estimada 47-52%, PSAP 70>93mmHg e PMAP 28mmHg. Angio-TC: tromboembolismo pulmonar nas bifurcações dos ramos principais da artéria pulmonar, ramos lobares e alguns segmentares e subsegmentares em todos os lobos pulmonares; o ecodoppler membros inferiores e TC toraco-abdomino-pélvica. Foi medicada com heparina de baixo peso molecular com melhoria clínica, e ajustada a terapêutica da insuficiência cardíaca. Conclusão: relata-se um caso de embolia pulmonar maciça com falência sistólica ventricular direita, numa doente com hipertensão pulmonar crónica em provável contexto de embolização crónica.

PO-14-49

TROMBOPROFILAXIA EM DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Pedro Matos, Margarida Bela, Lindora Pires, Paulo Santos, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA

INTRODUÇÃO: Nos doentes com Fibrilhação Auricular (FA), a hipocoagulação oral é a terapêutica recomendada para prevenir eventos tromboembólicos. OBJETIVOS: Analisar e comparar a terapêutica hipocoagulante prescrita à data de alta, em quatro anos consecutivos, no universo de doentes admitidos por Acidente Vascular Cerebral isquémico (AVCi) e FA. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo, baseado na consulta do processo clínico dos doentes internados entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2015, com diagnóstico de saída de AVCi e FA. Doentes divididos por grupos, de acordo com ano de internamento. Análise comparativa da terapêutica hipocoagulante no

momento da admissão e da alta. Usado teste de Qui-Quadrado; significado estatístico se p<0,05. RESULTADOS: Incluídos 766 doentes com idade média de 79,4±8,6 anos e predomínio do género feminino (64,2%). O número de doentes com FA previamente conhecida foi semelhante entre grupos ([2012]: 66,8% (n=117); [2013]: 59,9% (n=139); [2014]: 65,8% (n=148); [2015]: 66,9% (n=93); p>0,05), diferindo o número de doentes hipocoagulados à admissão ([2012]: 29,1% (n=34); [2013]: 40,0% (n=55); [2014]: 27,4% (n=68); [2015]: 37% (n=34), p<0,05), sendo a opção pelos anticoagulantes orais diretos (NOAC) minoritária ([2012]: 5,9% (n=2); [2013]: 12,7% (n=7); [2014]: 23,5% (n=16); [2015]: 17,6% (n=6); p>0,05). À data de alta, verificou-se diferença no número de doentes hipocoagulados de novo ([2012]: 18,3% (n=21); [2013]: 39,7% (n=58); [2014]: 36,4% (n=48); [2015]: 44,7% (n=38); p<0,05), assim como um aumento na prescrição de NOAC ([2012]: 42,9% (n=9); [2013]: 13,8% (n=8); [2014]: 29,2% (n=14); [2015]: 60,5% (n=23); p<0,05). CONCLUSÃO: Após apresentação dos resultados de estudos prévios no Serviço, a percentagem de hipocoagulação oral aumentou significativamente, sendo superior à média da população portuguesa. Apesar de ainda minoritários na globalidade dos doentes, os NOAC tem assumido um papel preferencial na hipocoagulação oral de novo.

PO-14-50

COMPARAÇÃO DA TAXA DE INTERNAMENTO E REINTERNAMENTO NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRACÇÃO DE EJECÇÃO DEPRIMIDA VS FRACÇÃO DE EJECÇÃO PRESERVADA

Maria João Baldo, Patrícia Vicente, Rui Morias, Inês Araújo, Filipa Marques, Susana Quintão, Catarina Bastos, Ana Leitão, Luis Campos, Cândida Fonseca
HOSPITAL S. FRANCISCO XAVIER – UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, S. MEDICINA III E H. DIA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS , UNL.LISBOA

Introdução: É controversa a ideia de que a insuficiência cardíaca (IC) com fracção de ejecção preservada (HF-PEF) terá uma evolução mais benigna que a IC com fracção de ejecção reduzida (HF-REF). Objectivos: Comparar a taxa e causas de internamento (int.) e reinternamento (reint.) dos doentes (dts) com HF-PEF vs HF-REF. Métodos: Estudo retrospectivo, do int. e reint. dos dts observados consecutivamente na consulta (durante 3 meses),de um programa multidisciplinar de manejo da IC. Resultados: Incluidos124 dts, 64 (52 %) HF-REF, média 73 anos e 60 (48%) HF-PEF média 75 anos. Na HF- REF, comparando os int. 1 ano antes pré-consulta (PreC) vs 1 ano pós –consulta (PosC): 25 dts (39 %) vs 14 dts (22 %) (p:0.03). As principais causas (PC) PreC: 25 % edema agudo do pulmão (EAP), 18 % doença Coronária (DAC) Vs PosC: 36 % DAC, 29% Infecção (Inf.), 21 % EAP. No reint. Na HF- REF PreC vs PosC: 72 % vs 32 % (p:0.001). PC PreC: má adesão (17,6%), AVC (11,7%), disritmia (11,7%), EAP (11,7%), Inf. (11,7%) vs PosC: Inf. (29%), AVC (29%), 14,3 % DAC. Na HF- PEF, comparando os int. 1 ano PreC vs 1 ano PosC: 27 dts (42 %) vs 14 (23 %) (P=0.012). PC PreC: 24 % FA, 18 % Inf, 7,5 % EAP e DAC PosC: 14 % AVC, FA, 14 % EAP, 14 % Inf., 14 % Doença renal, 14 % DAC. No reint. Na HF- PEF PreC vs PosC: 74 % vs 29 % (p:0.0007). PC PreC: Inf. (30 %), FA (25%), EAP (20%) vs PosC: Inf.(22%), DAC (22%), EAP (22%). Comparando a influência da consulta: HF-REF vs HF- PEF é semelhante (p:0.85). Comparando a influência da DAC no int. e reint. da HF-REF vs HF-PEF PosC respectivamente é semelhante (p: 0,15; p: 0,48). Em relação ao reint PosC é significativamente diferente na HF-REF vs HF-PEF (p=0.034) Conclusão: O programa multidisciplinar de manejo integrado da IC permite uma redução semelhante dos internamentos se compararmos a HF- REF vs HF-PEF mas difere quando são considerados os reinternamentos. A DAC influencia de forma semelhante os int. e reint. da HF-REF vs HF-PEF.

PO-14-52

ASSOCIAÇÃO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA COM AGENESIA CONGÉNITA DA VEIA CAVA INFERIOR.

Élio Rodrigues, Sara Faria, Fábio Almeida, Rui Ferreira, Marta Amaral, Fernando Ferraz e Sousa, Amélia Pereira.
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

Introdução: A agenesia da veia cava inferior (AVCI) é uma entidade rara, com prevalência entre 0.3 a 0.5% da população geral. Em indivíduos jovens sem fatores de risco trombóticos conhecidos, a suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) é importante para o correto diagnóstico, sendo a AVCI uma etiologia a ter em conta. Métodos:Revisão de Processo Clínico Individual e de Exames Complementares de Diagnóstico. Revisão Sistemática da Literatura. Caso Clínico:Apresenta-se o caso clínico de um doente de 24 anos de idade que recorre ao Serviço de Urgência por dor bilateral das coxas associada a edema tenso dos membros inferiores (MI) com limitação funcional, clínica com 4 dias de evolução, sem história traumática. Ao exame objetivo, apresentava palidez cutânea, sudorese, salientando-se presença de rede venosa cutânea infra-umbilical visível bilateralmente, edema tenso bilateral dos MI, com predomínio direito e dor à palpação da coxa. A avaliação venosa por ecografia com estudo doppler dos MI revela Veias Femorais Profundas e Comuns, bem como a Crossa da Veia Safena Interna bilateralmente aumentadas de calibre e contendo fortes ecos sólidos heterogéneos nos seus lumens, não compressiveis à pressão da sonda. Realizou angioTC abdominal que objetivou anomalia congénita da veia cava inferior (VCI), com agenesia do segmento intra-hepático, suprarrenal e renal com presença de circulação colateral, pelas veias ázigos bilateralmente. Associadamente, existia oclusão da VCI infra-renal por trombos que envolviam as veias ilíacas bilateralmente. O doente foi referenciado para Cirurgia Vascular onde realizou tratamento com heparina durante 7 dias, sendo hipocoagulado com rivaroxabano para ambulatório. Conclusão:A prevalência de TVP em doentes com AVCI pode chegar a cerca de 5%. No caso do doente apresentado, a circulação colateral existente manteve o doente clinicamente insuspeito até ao desencadear de um evento agudo por TVP com oclusão da drenagem colateral.

PO-14-53

TRÊS EM UM

Darlene Adolfo, Isabel Santos, Cristina Sequeira, Cristina Gamboa
ULS GUARDA / HOSPITAL SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

A.C.R. do sexo masculino, de 69 anos, com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia. Assintomático. Realiza ecocardiograma de rotina e é detectada massa na aurícula esquerda. Faz estudo pré-operatório, com ECO Trans-esofágica, RMN cardíaca, TAC cardíaco e Coronariografia. Para além da melhor caracterização da massa, deteta-se ainda doença coronária de três vasos e fístula da circunflexa para a aurícula esquerda. Submetido a revascularização miocárdio e ressecção da massa auricular de grandes dimensões. Após a seis anos de vigilância regular mantém-se assintomático sem recidiva do tumor. Os tumores cardíacos primários são raros, com prevalência <1/2000 em autopsias, tendo os secundários prevalência 30-40 vezes superiores. Apresentam sintomatologia variada desde dispnéia, febre, palpitações, sopro cardíaco, anemia, VS acelerada. Sem tratamento, colocam a vida do doente em risco

PO-14-54

NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES HIPERTENSOS: RESULTADOS PRELIMINARES

Inês Zão, Nuno Campos, Carla Gonçalves, Fernando Ribeiro, José Mesquita Bastos
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

Objetivos: Descrever os níveis de actividade física diária numa amostra de pacientes hipertensos. Métodos: Estudo transversal, envolvendo 127 pacientes seguidos em consulta hospitalar de hipertensão arterial. Recolha de dados através da história clinica e exame físico (peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e tensão arterial). Atividade física diária avaliada com recurso ao International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) e categorizada em actividade baixa, moderada ou alta. Realizada análise descritiva dos dados e correlações entre as variáveis, através da correlação de Pearson e do qui-quadrado. Resultados: Amostra constituída por 65 (51,2%) homens e 62 (48,2%) mulheres, média de idades 55,8±15.1 anos. A maioria (80%) tinha excesso peso/obesidade, média de peso, altura e IMC de 80.5±15.8 Kg, 1.65±0.09 m e 29.6±5.2 Kg/m2, respetivamente. A média da tensão arterial sistólica, diastólica e média avaliadas em consultas médicas seriadas foi de 147.2±21.0 mmHg, 84.0±10.9 mmHg e105.1±12.6 mmHg, respectivamente; 33.1% (n=42) dos pacientes apresentavam hipertensão sistólica isolada, 28.3% (n=26) tinham

valores de tensão arterial ≥140 e/ou ≥90 mmHg, 20.5% (n=36) valores normais-altos e 18.1% (n=23) valores normais/óptimos. Reportaram um total de actividade física de 1823.2 ± 3209.6 MET-minuto/semana e passaram, em média, 4.8±3.1 horas sentados por dia e 17.3±23.3 minutos por dia a caminhar. A prevalência da inactividade foi de 62.2% (n=79), sendo as mulheres mais inactivas (p=0.019). A idade (r=0.182, p=0.041), o peso (r=0.240, p=0.007) e o IMC (r=0.211, p=0.017) mostraram associação com a tensão arterial, ao contrario da actividade física diária (r=0.032, p=0.719). Conclusões: A prevalência de inactividade física foi elevada, sendo os níveis de atividade física diária inferiores aos níveis recomendados. Com este trabalho os autores pretendem realçar a importância da actividade física como parte integrante no controlo dos factores de risco cardiovasculares.

PO-14-55

FEBRE COM HEMOCULTURAS NEGATIVAS

Luís Flores, Hugo Fernandes-Diniz, Carla Andrade, Fernando Friões
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A abordagem diagnóstica de doentes com febre de origem indeterminada é cada vez mais facilitada pelos meios de diagnóstico ao dispor do médico. No entanto, a história clínica cuidada continua a ser fundamental. A este propósito apresentamos o caso seguinte. CASO: Homem de 73 anos foi internado após 10 dias de febre baixa persistente. Na semana anterior, por tosse produtiva, cumpriu 7 dias de cefixima, sem melhoria dos sintomas. Da história epidemiológica salienta-se contacto regular com cães, galinhas e ovelhas. Dos seus antecedentes destacava-se cirurgia de revascularização coronária e substituição de válvula aórtica por bioprótese, há dois anos. Nos últimos 6 meses, teve duas endocardites da válvula protésica, tendo feito substituição de válvula no último episódio, há 4 meses. Ao exame físico tinha um sopro sistólico aórtico e hepatoesplenomegalia. Analiticamente com anemia (8,8g/dL), discreta leucopenia (3560/uL), trombocitopenia (59000/uL) e discreta elevação da proteína C reativa (28mg/L). ECG mostrou bradicardia sinusal com bloqueio auriculoventricular de 1º grau. As hemoculturas foram repetidamente negativas. Tinha ainda hipergamaglobulinemia policlonal. Biópsia medular óssea mostrou alterações reativas inespecíficas. A TC abdominal revelou enfarte esplénico periférico e o ecocardiograma transesofágico mostrou um abcesso periaórtico, sem vegetações e sem disfunção de prótese. Anticorpos de fase II para Coxiella burnetti foram positivos, assim como a pesquisa de DNA no sangue periférico. Iniciou-se doxiciclina e levofloxacina com apirexia sustentada e proteína C reativa progressivamente menor. Houve melhoria global dos sintomas, tendo a cirurgia de substituição valvular sido adiada, dado o risco cirúrgico. CONCLUSÃO: A Coxiella burnetti é um agente comum de endocardite em doentes com válvulas protésicas e hemoculturas negativas, que não estiveram sob antibioterapia. O contexto epidemiológico ajuda a suspeitar destes microorganismos menos comuns.

PO-14-62

POLIMIALGIA REUMÁTICA PARANEOPLÁSICA - UMA PRIMOMANIFESTAÇÃO RARA DE ADENO-CARCINOMA PROSTÁTICO

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A polimialgia reumática (PMR) é uma patologia inflamatória típica do idoso e caracteriza-se por rigidez matinal e mialgias das cinturas escapular e pélvica, acompanhada de sintomas constitucionais e elevação da VSE/PCR. Encontra-se frequentemente associada a arterite de células gigantes (ACG) mas tem ainda sido descrita enquanto síndrome paraneoplásica. Descreve-se o caso de um doente de 76 anos, observado no SU por mioartralgias de predomínio escapular e pélvico com 3 semanas de evolução, acompanhadas de fadiga acentuada e anorexia. Negava febre, rigidez matinal e sintomas compatíveis com ACG. Analiticamente apresentava elevação da VSE (80mm/hr) e da FA (432U/L). Sem evidência de foco infeccioso. Assumiu-se como principal hipótese diagnóstica PMR e, face ao quadro constitucional acentuado e necessidade de diagnóstico diferencial, o doente foi internado e iniciada prednisolona 20mg/dia, com melhoria parcial. Na investigação diagnóstica, apuraram-se elevação do PSA (15ng/ml) e TC tóraco-abdomino-pélvica com marcado aumento das dimensões prostáticas e sinais de metastização ganglionar e vertebral osteoblástica múltipla. Foi referenciado a consulta de Urologia, comprovando-se posteriormente o diagnóstico de adenocarcinoma prostático, tendo iniciado bloqueio hormonal com acetato de ciproterona, com franca melhoria adicional do quadro reumatológico e da VSE. De notar que o doente se manteve sem queixas urinárias significativas no decurso da história. Pretende-se com este caso relembrar que a PMR deve ser um diagnóstico de exclusão e que pode constituir uma síndrome paraneoplásica cujos sintomas predominem sobre as manifestações clínicas da neoplasia primária, as quais neste caso estavam inclusivé ausentes. Ressalva-se contudo que as patologias neoplásica e inflamatória reumatológica podem coexistir num mesmo doente de forma independente.

PO-14-63

FRATURA PLANALTO TIBIAL COM DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE CAPLAN

João Moreira Pinto, Teresa Padrão, Susana Franco, Maria Serpa, Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Catarina Gouveia, Cláudia Meireles, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Homem, 66 anos, autónomo, residindo só, com história de artrite reumatóide, recorreu ao serviço de urgência por claudicação da marcha e emagrecimento progressivo com vários meses de evolução. Na admissão destacava-se emagrecimento, dedos das mãos em formato de cisne com deformidade articular marcada e dor à mobilização do joelho direito, sem limitações da flexão ou extensão. A radiografia do joelho evidenciou fratura do planalto tibial interno, na sequência de queda 3 semanas antes, com indicação para tratamento conservador por Ortopedia. Por mobilidade reduzida permaneceu no serviço de urgência, sendo internado por não resolução social. Durante o internamento procedeu-se a investigação de emagrecimento e perda de massa muscular. Analiticamente: Anemia microcítica e hipocrómica, CCP 551 U/mL, ANA negativo, PSA, ECA e função tiroideia normais. A radiografia do tórax revelou lesões nodulares, e a TC torácica múltiplos nódulos cavitados com provável origem infeciosa/inflamatória. As hemoculturas e lavado bronco-alveolar não revelaram agentes patogénicos, incluindo BAAR. A TC abdomino-pélvico, colonoscopia e endoscopia digestiva alta foram normais. O exame histológico de nódulo periférico, obtido por biópsia guiada por TC, revelou lesão granulomatosa necrosante, com raras células gigantes multinucleadas e resposta inflamatória linfocitária na periferia, sem identificação de BAAR. Na revisão histológica era notória doença granulomatosa necrosante com células gigantes de tipo corpo estranho e fendas citoplasmáticas de conteúdo não identificável, compatíveis com nódulos reumatóide não se podendo excluir como reação a elementos de exposição ambiental. Foi admitido Síndrome de Caplan por artrite reumatoide de longa evolução, pelo que iniciou corticoterapia, havendo melhoria clínica significativa e aumento de peso. Doente irá ser seguido em consulta externa de medicina interna para controlo evolutivo da doença, com exames de imagem para avaliação de resposta radiológica.

PO-14-64

GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE: CASO CLÍNICO

Tânia Sales Marques, José Pereira, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

A granulomatose com poliangeíte (GPA), frequentemente denominada de Granulomatose de Wegener, é uma doença sistémica de etiologia desconhecida. É caracterizada por inflamação granulomatosa necrotizante e vasculite dos pequenos vasos. O diagnóstico baseia-se num conjunto de critérios clínicos, histológicos e serológicos. Caso clínico:Doente, sexo feminino, 44 anos, iniciou quadro com picos febris vespertinos, máximo 39ºC, que cedia a antipiréticos,.

com 15 dias de evolução. Associado a este quadro apresentava astenia e anorexia com 1 mês de evolução, sudorese nocturna, mialgias generalizadas e lombalgia bilateral. Referia também alopécia, xerostomia, xeroftalmia, olho vermelho, aftas orais recorrentes e fotossensibilidade. Antecedentes pessoais de tiroidite autoimune, otites médias de repetição com hipoacusia bilateral sequelar, rinite alérgica associada a epistaxis frequentes, bem como nariz em sela desde a infância com agravamento progressivo. Analiticamente a destacar uma anemia microcítica hipocrómica (Hb10.8g/dL, VGM78fL, HGM25.3pg), leucocitose (10 900leuc/L), PCR 6.5mg/dL, trombocitose (454 000plaq/L), aumento da velocidade de sedimentação (77mm/h), e da Beta2microglobulina (3.97mg/L), com estudo imunológico: ANA:1/320 padrão mosqueado e centromérico com mitoses positivas, Ac Anti CENP-B positivo fraco, p-ANCA positivo, ANCA Anti-MPO: 347.2UA/mL e proteinúria de início recente. Realizou tomografia computorizada dos seios perinasais, cervicofacial e torácica que revelava espessamento das paredes ósseas dos antros maxilares por osteíte crónica reativa à sinusopatia e calcificações muco-periósteas. Espessamento tecidular circunferencial mucoso no andar infraglótico e na traqueia cervical superior e vários nódulos pulmonares espiculados. Perante o quadro apresentado, e segundo o algoritmo da agência Médica Europeia, realizou-se o diagnóstico de GPA, pelo que cumpriu terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida 0.5g/m2 e prednisolona 1mg/Kg, com melhoria clínica

PO-14-65

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA NEOPLÁSICA

Jana Zelinová, Gustavo Carvalho, Maria Moreno, Ana Castro, Guiomar Peres, Ana Gonçalves, Ana Teresa Boquinhas
HOSPITAL DE CASCAIS

Introdução: Doenças reumatológicas, como por exemplo dermatomiosite, polimiosite, artrite reumatóide ou lúpus eritematoso sistémico (LES) estão associadas a maior incidência de doenças oncológicas. Por outro lado, algumas doenças neoplásicas podem manifestar-se com sintomas reumatológicos. Além da leucemia e linfoma, alguns tumores sólidos podem estar associados as doenças reumatológicas no contexto de síndrome paraneoplásica. Caso Clínico: Homem de 68 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica e hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipotiroidismo, recorreu ao Serviço de Urgência por artralgias com duas semanas de evolução e agravamento progressivo. À observação encontrava-se emagrecido, descorado, com dificuldade na marcha pelas queixas álgicas e edema das mãos e dos membros inferiores sem outros sinais inflamatórios. Laboratorialmente objetivou-se anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 9,2 g/dL) e leucopenia (2,7 mil/mcL) com linfopenia (590/mcL), aumento de VS (74 mm/h) e PCR (5,71 mg/dL), insuficiência renal com depuração de creatinina de 62 mL/min e proteinúria não nefrótica. Atendendo o quadro de poliartrite procedeu-se ao estudo de autoimunidade com pesquisa de ANAs positivo com padrão homogéneo, Anti-dsDNA positivo e fator reumatóide negativo, que juntamente com quadro clínico cumpriu critérios de diagnóstico de LES. Por se tratar de uma apresentação tardia de doença autoimune mais comum nas mulheres e com instalação abrupta, realizou TC de corpo que revelou duas lesões nodulares no pulmão direito (18mm e 23mm) histologicamente compatíveis com adenocarcinoma primário de pulmão. Conclusão: Os autores pretendem alertar para apresentação dos síndromes reumatológios paraneoplásicos, que podem ser indistinguíveis das formas idiopáticas.

PO-14-66

ODINOFAGIA REUMÁTICA

Cristiana Gonçalves, Vasco Evangelista, Vera Silveira, Susana Franco, Maria João Serpa, Teresa Padrão, João Pinto, Andreia Sofia Carlos, Sofia Mateus, António Martins Baptista, José Pimenta da Graça
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

A Polimialgia Reumática é prevalente em doentes com mais de 50 anos, com pico de incidência aos 70-80 anos, afetando 3 vezes mais as mulheres. Mulher leucodérmica de 79 anos, com odinofagia e febre (38.5ºC), tendo-se admitido Amigdalite pelo que foi medicada sintomaticamente. Assistiu-se a agravamento com fadiga, humor deprimido, cefaleia holocraniana, cervicalgia, mialgias, artralgias de ritmo mecânico e claudicação da mandíbula, mantendo febre baixa (37.5ºC), com 1 mês evolução. Exame físico: dor à palpação temporal, sem adenomegálias ou exantema. Estudada em Consulta: anemia normocítica normocrómica, Velocidade de Sedimentação (VS) 127mm/s, radiografia revelou cervicartrose e iniciou empiricamente Amoxicilina + Ácido Clavulânico, admitindo-se Infecção Respiratória. Por manutenção do quadro foi internada: ecocardiograma transtorácico sem vegetações; hemoculturas e urocultura negativas; serologias negativas para Citomegalovírus, Vírus Epstein-Barr, Vírus Hepatite B e C, Leishmania, Chlamydia, Coxiella, Listeria, Rickettsia e Sífilis; estudo auto-imune negativo (Anticorpo Antinuclear e Fator Reumatóide); ferritina e electroforese de proteínas sem alterações. Oftalmologia: campos visuais e fundoscopia sem alterações. Pela possibilidade de neoplasia oculta realizou Tomografia Computorizada tóraco-abdomino-pélvica que não revelou alterações. Perante cefaleia, febre, claudicação da mandíbula e dor à palpação na região temporal admitiu-se a hipótese de Artrite de Células Gigantes e iniciou Prednisolona 40mg/dia após biópsia da artéria temporal, cujo resultado na reavaliação em Consulta não mostrou inflamação ganulomatosa. Perante mulher de 79 anos, melhoria sob corticoterapia, VS>40mm/s e exclusão de outras patologias admitiu-se Polimialgia Reumática, pelo que reduziu dose para 15mg/dia. Apesar de comum, a Polimialgia Reumática é desafiante no seu diagnóstico, baseado na história clínica, exclusão de outras patologias e na prova terapêutica com corticoterapia.

PO-14-68

FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

Filipa S Pinho, Kátia Ladeira, Filipa Macedo, Catarina Nunes, Cláudia Coelho, Francisco Gonçalves, Luísa Pinto, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A osteoporose é uma alteração esquelética progressiva que pode culminar na fractura osteoporótica – do punho, vértebras ou anca. A fractura osteoporótica é o melhor marcador da qualidade óssea. Há inúmeros factores relacionados com o risco de fractura osteoporótica como o género, idade, índice de massa corporal, actividade física, diabetes, história de fractura, suplementação de vitamina D, uso de corticoterapia e abuso de androgénios. Neste artigo apresentamos dois casos de fracturas osteoporóticas. Caso 1: Homem de 76 anos, enviado à Consulta de Medicina Interna (MI) após internamento em Ortopedia por múltiplas fracturas da coluna. Antecedentes de asma brônquica com agudizações frequentes, que motivaram terapêutica com prednisolona durante 15 anos. A ressonância magnética (RMN) da coluna dorso-lombar revelou fracturas compressivas de todos os corpos vertebrais. Tomografia computorizada torácica sem massas ou adenomagalias mediastínicas ou lesões nodulares no parênquima pulmonar. Osteodensitometria (ODM) da coluna lombar e fémur indiciam osteoporose. Caso 2: Senhora de 81 anos, enviada à Consulta de MI após internamento em Ortopedia por fracturas da coluna lombar. Analiticamente apresentava insuficiência de vitamina D. RMN torácica com facturas osteoporoticas nos 9º e 12º corpos vertebrais torácicos. Cintigrafia óssea com hiperfixação relacionada com fracturas, sem outras alterações. ODM óssea da coluna lombar e colo do fémur revelaram osteoporose. As fracturas osteoporóticas são uma causa importante de incapacidade e custos económicos e sociais em todo o Mundo. Acresce-se ainda que a ocorrência de uma fractura é um importante factor de risco para um segundo episódio. A hipótese inflamatória sugere que a inflamação associada à idade é responsável por aumento da permeabilidade vascular, dano tecidular e morte celular. A elevada morbi-mortalidade associada à osteoporose tornam crucial o diagnóstico precoce e exigem tratamento eficaz.

PO-14-70

SÍNDROME DE SINOVITE SIMÉTRICA REMITENTE SORONEGATIVA COM EDEMA DEPRESSÍVEL: SIM OU NÃO?

Joana Carreira, Hugo Casimiro, Beatriz Navarro, Carlos Miranda, Filomena Mesquita, Mário Parreira, Amadeu Prado Lacerda
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO, CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E. – SEVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A dor articular é um sintoma frequente na população geriátrica, devida predominantemente a osteoartrite degenerativa e, em menor escala, a patologias inflamatórias. A Sinovite Simétrica Remitente Soronegativa com Edema Depressível (RS3PE) é uma síndrome rara caracterizada clinicamente por poliartrite simétrica, envolvendo o esqueleto apendicular, e edema depressível das extremidades. Afecta predominantemente indivíduos do género masculino com mais de 50 anos de idade, que apresentam soronegatividade para o factor reumatóide e uma excelente resposta a baixas doses de gulcocorticóides. Já foi descrita a associação desta síndrome a patologia neoplásica, nomeadamente a doenças hematológicas (síndrome mielodisplásico, leucemia, linfoma) e tumores sólidos (adenocarcinoma gástrico, pancreático e endometrial). Descrevem-se dois casos clínicos referentes a doentes do género masculino com mais de 70 anos de idade, que desenvolveram um quadro de poliartrite periférica simétrica associada a edema e rigidez articular. Apresentavam, ainda, sintomas não específicos, designadamente perda ponderal e diminuição da força muscular predominantemente nos membros inferiores. Efectuaram electromiografia que foi compatível com polineuropatia sensitivo-motora axonal. A restante avaliação revelou ausência de lesões erosivas nos radiogramas e estudo da autoimunidade negativo. Após exclusão de patologia infecciosa e neoplásica, foi iniciada corticoterapia com benefício clínico. Os casos apresentados de poliartrite periférica simétrica soronegativa, pelas características clínicas e epidemiológicas, poderão corresponder a RS3PE, não existindo evidência de se enquadrarem numa síndrome paraneoplásica. Apesar de ser uma causa rara de poliartrite, reveste-se de importância clínica na população geriátrica, por um lado por apresentar excelente prognóstico com tratamento adequado, por outro pela possibilidade de associação a doenças neoplásicas.

PO-14-71

POLIMIALGIA REUMÁTICA: UMA CAUSA DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA

[2]
Alexandra Leitão, Miguel Ribeiro, Rodrigues Pereira
HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR,E.P.E., BARCELOS. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
[2]

Introdução: As doenças infecciosas, as neoplasias e as doenças do colagéneo vascular englobam as principais causas de febre de origem indeterminada (FOI), com cerca de 5-15% dos doentes sem diagnóstico apesar de uma investigação exaustiva. Caso Clínico: Mulher de 84 anos, previamente autónoma e que vivia sozinha, com antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular não hipocoagulada, internada por acidente vascular cerebral cardioembólico em território posterior. Apresentou como intercorrências infecciosas, traqueobronquite aguda (TBA) (fez 7 dias de Amoxicilina/Ácido Clavulânico), cistite aguda nosocomial por Klebsiella pneumoniae multirresistente (cumpriu 7 dias de Meropenem), celulite do membro superior esquerdo. Após resolução das diversas intercorrências infecciosas a doente iniciou quadro febril sem foco, associado a mialgias. Após estudo exaustivo, nomeadamente para exclusão de causa infecciosa (incluindo endocardite), neoplásica e auto-imune, realizou uma Tomografia por emissão de positrões (PET) que mostrou aumento da captação de FDG ao nível da cintura escapular e pélvica. Realizada revisão integrada da história clínica, salientando-se cervicalgia e omalgia com vários meses de evolução e rigidez matinal com duração superior a uma hora. Velocidade de sedimentação de 120mm (ref-1-7mm). Assumido o diagnóstico de polimialgia reumática, tendo iniciado corticoterapia (Prednisolona 20mg/dia), com melhoria sintomática marcada e apirexia sustentada a partir do 2º dia de corticoterapia. Analiticamente apresentou regressão marcada da VS (26mm). Teve alta orientada para a consulta externa de Medicina. Conclusão: A febre de origem indeterminada constitui um desafio diagnóstico para o Internista. O diagnóstico de Polimialgia Reumática é clínico e de exclusão. Realça-se a necessidade de uma investigação cuidada e realização de uma história clínica completa.

PO-14-72

TÃO FORTE QUANTO O OSSO

Margarida Rodrigues Fonseca, Sara Augusto, João Lopes Delgado, Isabel Madruga, Alberto Mello e Silva
CHLO - HOSP. DE EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA 1-B

A osteoporose contribui para elevada morbilidade e mortalidade no sexo masculino, encontrando-se subdiagnosticada. Na maioria dos homens com fracturas osteoporóticas são identificados factores de risco para fragilidade óssea como hipogonadismo, corticoterapia, hiperparatiroidismo primário ou alcoolismo. Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos, com história pessoal de patologia osteoarticular degenerativa, tabagismo e alcoolismo. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 4 meses de evolução de lombalgia incapacitante com irradiação aos membros inferiores e anorexia com perda de 20kg. Sem outra sintomatologia. O exame objectivo não apresentava alterações. Analiticamente com anemia macrocítica, leucocitose sem neutrofilia e PCR 2.2mg/dL. Realizou tomografia computorizada da coluna lombar que revelou padrão de osteoporose, fracturas compressivas dos corpos vertebrais lombares com fractura recente de L1 e subaguda de L2 e L5. Foi internado para controlo álgico e estudo etiológico. Durante o internamento verificou-se progressiva deterioração do estado geral por se manter confinado ao leito apesar de melhoria significativa das queixas álgicas. O estudo analítico revelou Hb 11.3g/dL, VGM 105fL, função renal e enzimologia hepática sem alterações, proteinograma sem alterações, ferropenia com st. transferrina 9%, folatos 3,73nmol/L, vit B12 693mol/L, Ca 9,7mg/dL, vitamina D 35.3nmol/L, PTH 65.0pg/mL. Fez ressonância magnética de coluna lombossagrada que revelou afundamento dos corpos vertebrais de L2 e L5 com edema da medula óssea, traduzindo fracturas agudas. A densitometria óssea mostrou valores de densidade mineral óssea de acordo com osteoporose ligeira no cólo do fémur e mais acentuada no punho. Foi transferido para o Serv. de Neurocirurgia para realização de vertebroplastia de L2 e L5. As fracturas de natureza osteoporótica têm, na maioria das vezes, etiologia multifactorial. No caso apresentado o contributo do abuso do álcool não pode ser negligenciado.

PO-14-73

UMA CAUSA RARA DE UM SINTOMA COMUM – DOENÇA DE ORMOND

Ruben Reis, Francelino Ferreira, Anneke Joosten, Laurinda Pereira, Ana Paula Pona
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A fibrose retroperitoneal idiopática (FRI) ou doença de Ormond é uma patologia caracterizada por espessamento do tecido periaortico abdominal que pode envolver e comprimir estruturas adjacentes, levando ao seu compromisso funcional, como a doença renal cronica obstrutiva ou artrite aórtica. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 63 anos, raça negra, natural de Cabo Verde, residente em Portugal e com único antecedente pessoal de cirurgia inguinal prévia a um quisto. Nega patologias crónicas e medicação habitual. Não fumador. O doente foi referenciado à consulta externa de Medicina Interna por dor abdominal difusa e dor lombar desde há 5 meses. A dor abdominal é generalizada, com maior intensidade nos quadrantes inferiores, cedendo à toma de anti-inflamatórios não esteróides. Refere ainda perda ponderal de 3Kg em 5 meses. Nega febre, suores nocturnos, sintomatologia gastrointestinal, urinária ou pulmonar. Apresentava um exame objectivo dentro da normalidade, nomeadamente sem dor abdominal à palpação ou presença de tumefações ou organomegálias. O doente era portador de tomografia computorizada abdomino-pélvica que mostrava espessamento de tecidos peri-aórticos, sendo suspeito de fibrose retroperitoneal. Para melhor esclarecimento das alterações radiológicas foi pedida ressonância magnética (RM) abdomino-pélvica que revelou "alteração do sinal da gordura periaórtica infrarrenal que extende a bifurcação aórtica e todo o trajeto das artérias ilíacas bilateralmente terminando na sua bifurcação. Ureteros com contacto discreto com a manga fibrótica." Laboratorialmente constatou-se anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios (velocidade de sedimentação e proteína C reactiva) e creatinina normal. Após exclusão de causas secundárias de FRI, optou-se pelo início de corticoterapia. Observou-se uma regressão da fibrose na RM aos 6 meses de terapêutica, mantendo essa regressão presentemente. Os autores fazem uma revisão dos casos clínicos descritos na literatura.

PO-14-74

UMA RARA INVULGARIDADE

Inês Santos, Cláudia Janeiro, Nuno Carreira, Sofia Salvo, Vítor Freitas
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, MEDICINA 2.1

A Sarcoidose é uma doença inflamatória multissitémica rara de etiologia desconhecida, de apresentação variável consoante a severidade e extensão dos órgãos envolvidos. Neste trabalho, os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 41 anos admitido no Serviço de Urgência por um quadro de tosse seca com 3 semanas de evolução seguido de aparecimento de febre de predomínio vespertino, astenia, edema maleolar bilateral e dor na articulação tibiotársica direita. Objectivamente apresentava pequenas lesões nodulares dolorosas na região maleolar interna da perna direita e face anterior da perna. Internado para esclarecimento do quadro, destacando-se dos exames complementares de diagnóstico a evidência de quadro adenopático mediastínico, para-hilar e intra-pulmonar proximal em TAC - tracoabdominopélvico, compatível com a hipótese diagóstica de Sarcoidose. Estudo analítico sem alterações, apenas com elevação da Velocidade de Sedimentação, exames microbacteriológicos e micobacteriológicos, serologias virais e perfil imunológico e de auto-imunidade negativos. Realizou ainda broncofibroscopia com resultado de imunofenotipagem do lavado broncoalveolar sugestiva de Sarcoidose. Sem necessidade de introdução de qualquer medida terapêutica verificou-se uma resolução completa do quadro. Perante a clínica e os resultados complementares obtidos assumiu-se o diagóstico de Sarcoidose tipo I, aguda e auto-limitada, manifestada como Síndrome de Lofgrën, sem necessidade de introdução de corticoterapia e follow-up sem remissões.

PO-14-75

QUESTIONANDO DIAGNÓSTICOS: IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME ANTI-SINTETASE

Paulo Almeida, Ana Águeda, Tiago Rabadão, Margarida Eulálio, Eliana Araújo
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA (CHBV) – AVEIRO

INTRODUÇÃO: A síndrome anti-sintetase (SAS) integra o grupo das doenças musculares inflamatórias idiopáticas. Caracteriza-se pela presença de anticorpos anti-tRNA-sintetase e por polimiosite ou dermatomiosite, podendo associar-se a artrite simétrica não erosiva, a fenómeno de Raynaud e a doença pulmonar intersticial. CASO CLÍNICO: Mulher, 71 anos internada por astenia, fraqueza muscular simétrica e proximal, perda ponderal não quantificada, dispneia e tosse seca com várias semanas de evolução; febre nas 3 semanas anteriores, tendo realizado vários ciclos de antibioterapia, sem melhoria. Antecedentes de asma brônquica diagnosticada há 2 anos e de artrite reumatóide há mais de 20 anos, atualmente apenas sob corticoterapia em baixa dose. Ao exame objetivo, atrofia muscular generalizada, hiperqueratose na face lateral dos dedos das mãos e crepitações bibasais à auscultação pulmonar. Analiticamente, com insuficiência respiratória global, elevação da VS, CK, mioglobina e LDH; fator reumatóide e anticorpos anti-CCP negativos; ANAs com padrão granular fino com anti-Jo-1 positivo. Radiografia torácica com infiltrado bibasal e TC torácica de alta resolução com alterações reticulares de predomínio periférico e bibasal. Radiografia das mãos com alterações degenerativas. Realizou RM das coxas que revelou espessamento por infiltração edematosa das fáscias musculares sugestivo de polimiosite. Tendo em conta a clínica, o envolvimento muscular e pulmonar e o padrão da autoimunidade foi estabelecido o diagnóstico de SAS e instituída prednisolona 1mg/Kg/dia. Apresentou melhoria da insuficiência respiratória, apirexia e descida dos parâmetros inflamatórios e das enzimas musculares. No entanto, veio a falecer ao 72º dia de internamento devido a complicações de endocardite infeciosa. CONCLUSÃO: Pretende-se alertar para a importância de reconhecer os fatores que podem dificultar a abordagem diagnóstica, como os diagnósticos pré-estabelecidos e não esclarecidos sob terapêuticas empíricas.

PO-14-76

NEOPLASIA, OU TALVEZ NÃO...

Ana Moreira, Rodrigo Maia Alves, Pedro Ventura, Sonia Canadas, Paulo César Roboredo, Pedro Vieira, Adriano Cardoso, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS, SERVIÇO MEDICINA A

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença reumática sistémica e a forma mais comum de artrite. É uma doença inflamatória causadora de dor, edema, rigidez e perda de função nas articulações. Se não tratada ou com má resposta ao tratamento, pode levar a destruição articular, com perda funcional e incapacidade para executar as actividades da vida diária. Objetivo: relatar caso clínico de uma doente admitida no Serviço de Urgência (SU) do nosso Hospital, com o diagnóstico de AR. Método: revisão do episódio de urgência, processo clínico de internamento e literatura. Caso Clinico: doente do sexo feminino, 52 anos, previamente saudável, sem antecedentes pessoais relevantes, recorre ao SU, por quadro de febre, artralgias e mialgias generalizadas, sobretudo nos membros inferiores. Analíticamente apresentava apenas PCR 3.5. Na radiografia de tórax, múlpilas lesões nodulares bem definidas, principalmente de predomínio basal, suspeitas de lesões secundárias. A Tomografia Computorizada revelou múltiplas lesões nodulares no parênquima pulmonar, assim como lesões nodulares hepáticas compatíveis com lesões secundárias. A doente foi internada para estudo de provável Neoplasia Oculta com metastização difusa. Posteriormente realizou múltiplos exames complementares de diagnóstico (ECD), incluindo várias biopsias nodulares, todos excluído patologia tumoral, revelando tecido com características inflamatórias. Apresentava análises com autoimunidade positiva. Face ao enquadramento clinico, analítico e imagiológico, concluiu-se que a doente cumpria critérios diagnósticos de Artrite Reumatóide. Iniciou tratamento dirigido e foi encaminhada para consulta externa mantendo-se clinicamente estável até ao presente. Conclusões: ao avaliar um doente, mesmo com apoio dos ECD que indicam como “quase certa” uma patologia, devemos manter espírito crítico e enquadrar clinicamente cada achado, pois podemos estar perante um viés importante. Os autores expõem este caso pelo desafio diagnóstico que constituiu.

PO-15-01

O HIPOTIROIDISMO E A DOENÇA BIPOLAR

Ana Bravo, Marta Gonçalves, Alexandra Gaspar, Cláudia Neves, Miguel Valente, Helena Estrada, Elisabete Margarido
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CHLC, MEDICINA 2.1

O hipotiroidismo é uma situação comum sobretudo em mulheres e idosos. Os doentes bipolares, sobretudo medicados com Lítio, apresentam frequentemente patologia tiroideia, nomeadamente bócio, hipotiroidismo e tiroidite auto-imune. O Lítio inibe a síntese e libertação das hormonas tiroideias, admitindo-se que pode induzir ou exacerbar o desenvolvimento de tiroidite auto-imune. Apresenta-se o caso de um homem de 51 anos com doença bipolar há mais de 10 anos, controlada com Lítio, com quadro insidioso com 3 meses de evolução de mialgias generalizadas, astenia, lentificação psicomotora, disfonia e ganho ponderal de 10kg. Estava apirético e hemodinamicamente estável, objectivando-se edema periorbitário e edema não depressível dos membros. Tiróide de dimensões aparentemente normais e indolor. Na avaliação analítica foi detectada rabdomiólise e disfunção renal, com ionograma equilibrado e sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Função tiroideia com TSH muito elevada e T4 livre suprimida. Os anticorpos anti-peroxidase e anti-tiroglobulina foram positivos. Na ecografia tiroideia, havia aumento do lobo direito, ecogenicidade reduzida e heterogeneidade grosseira. Sob hidratação vigorosa e reposição de hormona tiroideia houve normalização rápida dos valores de CK e da função renal, bem como melhoria das mialgias.A terapêutica com Lítio foi suspensa e substituída por Trazodona. No seguimento em consulta, constata-se regressão dos edemas, melhoria significativa da lentificação psicomotora, controlo da patologia psiquiátrica e função tiroideia normalizada. O risco de hipotiroidismo induzido pelo Lítio é mais elevado em mulheres, doentes com mais de 50 anos e na presença de história familiar de doença tiroideia e de auto-anticorpos tiroideus.A terapêutica com Lítio e a presença de anticorpos antitiroideus, ambas

identificadas neste doente, são factores de risco para hipotiroidismo, com variadas manifestações clínicas e eventual compromisso da resposta à terapêutica psiquiátrica.

PO-15-02

RABDOMIÓLISE - UMA CAUSA RARA

Ana Bravo, Marta Gonçalves, Alexandra Gaspar, Cláudia Neves, Miguel Valente, Helena Estrada, Elisabete Margarido
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS - CHLC, MEDICINA 2.1

O défice de hormonas tiroideias tem um leque variado de manifestações clínicas. A nível muscular são comuns queixas de fraqueza generalizada, rigidez, mialgias e cãimbras. A rabdomiólise associada ao hipotiroidismo é rara. Apresenta-se o caso dum homem de 51 anos, com antecedentes de doença bipolar, controlada com Lítio, admitido na urgência por queixas de mialgias generalizadas com semanas de evolução e agravamento progressivo, bem como urina escurecida. Negou febre, trauma, esforço físico intenso, alcoolismo ou outra medicação. Relatou ainda quadro indolente, com 3 meses de evolução, de maior sonolência, astenia, disfonia, lentificação psicomotora e ganho ponderal de 10kg.Apresentava-se com edemas periorbitários e nos membros inferiores, não depressíveis. Força muscular globalmente mantida. Na avaliação analítica foi detetada rabdomiólise significativa com CK de 10400U/L e disfunção renal. A avaliação da função tiroideia mostrou TSH muito aumentada e fração livre de T4 suprimida com anticorpos anti-tiroperoxidase e antitiroglobulina positivos. Ecograficamente a tiroide era assimétrica com aumento do lobo direito, ecogenicidade reduzida e grosseiramente heterogénea. Submetido a hidratação vigorosa e suplementação oral de hormona tiroideia, assistiu-se a progressiva melhoria das queixas musculares, com normalização rápida dos valores de CK e da função renal.Ainda com algumas queixas musculares aquando da alta clínica, apresentou-se assintomático em reavaliação posterior, com regressão dos edemas e com função tiroideia normalizada. A exclusão de outras causas da rabdomiólise e a resolução total da sintomatologia apresentada após correcta reposição da hormona tiroideia permitiram o diagnóstico raro de rabdomiólise associada ao hipotiroidismo.A miopatia parece ser provocada por defeito na glicogenólise e no metabolismo oxidativo mitocondrial, sendo também possível um mecanismo auto-imune.Em doentes com miopatia inexplicável deve ser sempre avaliada a função tiroideia.

PO-15-03

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO E HIPOCALIÉMIA GRAVE E PERSISTENTE

Mariana Guerra, Filipa Amorim, D'Jalma Sousa, Ivone Barracha , Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, UNIDADE DE TORRES VEDRAS – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 56 anos de idade com hipertensão arterial de predomínio diastólico, medicada com Indapamida 2.5mg/dia, referenciada à Consulta de Medicina Interna por astenia, cefaleias, tonturas, fraqueza muscular proximal e hipocaliémia grave e persistente (1.5-2.1mEq/L). Ao exame objetivo, a referir: humor deprimido; TA :138/102mmHg; FC:89bpm; IMC:25.2Kg/m2; sem sinais de virilização ou lipodistrofia; auscultação cardiopulmonar e exame abdominal sem alterações; sem edema periférico; sem défices neurológicos focais. Laboratorialmente: hemograma e proteinograma sem alterações; VS 28mm/h; Glucose jejum 88mg/dl; Ur 45 e Cr 0.9mg/dl; Na+ 146 e K+ 2.8mEq/L; Mg2+ 2.0mg/dL; CK 80.0 U/L; TSH e T4 livre sem alterações. Manteve hipocaliemia apesar da suspensão da Indapamida. Iniciou antagonista dos canais de cálcio, com melhoria ligeira do perfil tensional. Complementou o estudo com: ionograma urinário (Na+ 131 e K+ 48.6 mEq/L); relação da aldosterona sérica / atividade da renina sérica (>40); catecolaminas séricas e urinárias, androgénios, cortisol sérico e urinário, ACTH e prova de supressão com dexametasona sem alterações; electrocardiograma, radiografia de tórax, ecografia abdominal e renal sem alterações; a TC com incidência para as supra-renais revelou adenoma da supra-renal direita com 17x9mm e dois na supra-renal esquerda com 10 e 11mm. Foi feito o diagnóstico final de Síndrome de Cohn. Iniciou Espironolactona associado ao antagonista do cálcio, com bom controlo tensional posterior e normalização da caliémia. Apesar da resposta favorável à terapêutica médica e dada a presença bilateral dos adenomas, ficou referenciada a consulta de Endocrinologia para eventual terapeutica cirúrgica.

PO-15-04

PAN-HIPOPITUITARISMO: APRESENTAÇÃO COM HIPONATRÉMIA - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Katia Ladeira, Filipa Macedo, Filipa Pinho, Catarina Nunes, Cláudia Matta Coelho, Ana Raquel Silva, Francisco Gonçalves, Luísa Pinto, Carlos Capela
HOSPITAL DE BRAGA

O hipopituitarismo é uma entidade clínica rara caracterizada por secreção diminuída ou ausente de uma ou mais hormonas hipofisárias. As causas mais comuns são tumores hipotálamo-hipofisários ou as consequências do seu tratamento. Os autores apresentam 2 casos de hipopituitarismo diagnosticados durante internamentos por hiponatremia. Caso 1-homem, 64 anos, Enviado de Psiquiatria por lentificação,adinamia e vómitos.Ao exame Físico(EF)::Lentificação,palidez e diminuição da pilosidade.No estudo: Sódio(Na)-118mEq/L.Osmolaridade(Osm)plasmática,prolactina,somatomedina,testosterona, T4L e cortisol diminuídos.Osm urinária e ACTH normais. TSH elevada. Prova de Synacthen sem resposta.Ressonância magnética(RM) cerebral(C) com atrofia sequelar hipofisiária.Iniciou prednisolona,levotiroxina e testosterona, com melhoria franca clínica e analítica. Caso 2 -Mulher, 62 anos com queixas de tremores,"boca salgada" e prostração.Do EF salienta-se lentificação. Teve internamento em Neurologia 1 mês antes por quadro semelhante,suspeito de síndrome de Wernicke. Documentada Na-118 mEq/L.Tomografia computorizada C,toraco-abdomino-pélvica,punção lombar,anticorpos anti-neuronais e serologias víricas sem alterações. Na RMN C focos glióticos isquemicos.Efectuada terapêutica com tiamina e correção da hiponatremia com recuperação.Da continuação do estudo: Na-121 mEq/L Osm sérica e urinaria normais.Cortisol sérico e ACTH diminuídos, TSH inapropriadamente normal com T4L,T3L e gonadotrofinas diminuídas..Prova de Synacthen confirmou insuficiência adrenal secundária.RMN hipofisária sugeriu sela turca vazia.Iniciou terapêutica de substituição com Levotiroxina e Hidrocortisona com normalização clínica e analítica. Os sintomas do hipopituitarismo são variáveis e dependem do setor afetado, intensidade da deficiência hormonal, tempo de evolução e idade. A história clínica detalhada, exame clínico apropriado.avaliação laboratorial e imagem direcionadas conduzem ao diagnóstico e também à etiologia.

PO-15-05

RISCO NUTRICIONAL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – ESTUDO RETROSPECTIVO DO ANO DE 2015

Inês Figueiredo, Sara Castro, Guilherme Magalhães, Ana Margarida Antunes, Maria Perestrelo, Heidi Gruner, António Panarra
SERVIÇO DE MEDICINA 7.2 HOSPITAL CURRY CABRAL, CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE

A insuficiência cardíaca tem elevada morbi-mortalidade, sobretudo se associada a comorbilidades e envelhecimento, bem como má nutrição. Pretendeu-se avaliar o risco nutricional na insuficiência cardíaca e o impacto nos endpoints: duração do internamento e intercorrências infecciosas, reinternamentos a 1 e 6 meses e mortalidade. Realizou-se estudo retrospectivo de doentes internados em enfermaria de Medicina em 2015, com insuficiência cardíaca (ICD-9) e avaliação nutricional, consultando o processo clínico. Foram caracterizados idade, sexo, dependência, comorbilidades [através do Score Charlson (SC)] e estratificados pela Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) em risco baixo (BR), intermédio (IR) e elevado (ER), com avaliação dos endpoints referidos. Dos 3014 doentes, 331 foram internados por insuficiência cardíaca, sendo incluídos os 119 com avaliação nutricional, destes 63,9% eram do sexo feminino, com idade média de 82,8 anos e 76,5 para o sexo masculino. A MUST estratificou os doentes em: 59,7% BR, 7,6% IR e 29,4% ER. A duração média internamento foi 14,2 dias no BR, 12,9 no IR e 17,5 no ER, com reinternamento a 1 mês em 52,4% BR, 7,1% IR e 38% ER; reinternamento 6 meses 56,8% BR, 6,8% IR e 34% ER. Verificaram-se intercorrências infecciosas em 51,5% BR, 9% IR e 33,3% ER. A mortalidade foi 33,3% BR, 13,3% IR e 46,7% ER. O SC (4-13) foi 7.9 no BR 7,9; 7.1 no IR e 8.2 no ER. Em relação aos endpoints, o SC se

intercorrências infecciosas foi 7,9; reinternamento a 1 mês 8,2 e a 6 meses 8,8; mortalidade 7,8. A incidência de risco nutricional é sobreponível a outros estudos, apesar da ferramenta de avaliação diferir. Após cruzamento com o SC, este parece ter uma maior influência ao nível do reinternamento e nas intercorrências infecciosas. Existem possíveis vieses, como a instituição de plano dietético pela equipa de nutrição nos doentes em risco, revelando a importância da abordagem multidisciplinar da insuficiência cardíaca.

PO-15-06

UM CASO DE CHOQUE SÉPTICO

Rosa Alves, Marta Patita, Tiago Ferreira, Tiago Judas
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Apresenta-se o caso de uma mulher, 54 anos, sem antecedentes relevantes, admitida por quadro de choque séptico com ponto de partida em abcesso peri-amigdalino. A doente necessitou de internamento transitório em Unidade de Intensivos, tendo sido submetida a drenagem cirúrgica do abcesso e antibioterapia. Teve necessidade de suporte vasopressor e ventilatório e corticoterapia por choque refractário. Após estabilização, desenvolveu quadro neurológico de hipertonia e mutismo. TC e RM encefálicas e EEG sem alterações. Realizou ainda estudo de perfusão cerebral com pequena área de hipoperfusão temporal esquerda. Da restante investigação (RPR, serologias bacterianas e de vírus neurotrópicos, auto-imunidade) foi negativa. Após desmame de corticoterapia, constatou-se hiponatrémia grave. No contexto de investigação etiológica comprovou-se hipotiroidismo grave primário de etiologia auto-imune assim como hipocortisolémia com ACTH suprimida. Iniciou levotiroxina e retomou corticoterapia, com normalização de natrémia e recuperação total do quadro neurológico. Para estudo de insuficiência supra-renal realizou TC de abdómen, sem alterações e pesquisa de anticorpos anti-enzimas esteroidogénicas positiva. Após alta clínica e suspensão de corticóides, dada a incerteza acerca de etiologia de insuficiência supra-renal, realizou prova de prova de Synacten, compatível com insuficiência secundária por provável hipofisite auto-imune. Admitiu-se quadro de síndroma poliglandular auto-imune (SPAI) tipo 3. O SPAI caracteriza-se pela combinação de pelo menos duas endocrinopatias de etiologia auto-imune, associada a múltiplas alterações não endócrinas (tais como o vitiligo ou a anema perniciosa). O SPAI pode ser um síndrome hereditário ou adquirido (mais frequente). A disfunção endócrina pode ser mono ou poliglandular à apresentação. O diagnóstico baseia-se na disfunção hormonal e na presença de anticorpos específicos de órgão. O tratamento é dirigido à disfunção endócrina.

PO-15-07

UMA INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL SECUNDÁRIA DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR

Inês Rueff Rato, Joana Rigor, Sara Pinto, Joana Laranjinha, Daniela Martins-Mendes, Manuela Sequeira, Vítor Paixão Dias
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO - SERVIÇO DE MEDICINA 1

A apresentação da insuficiência supra-renal (ISR) é variável e depende do tipo (primária, secundária ou terciária) e início (agudo ou crónico). Os autores apresentam o caso de uma mulher, 72 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária (AVD) desde há 6 meses por quedas frequentes, com Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, síndrome depressivo, hiponatremia recorrente e nódulos pulmonares em estudo. Medicação habitual: Insulina humana isofânica, Metformina, Losartan, Sinvastatina, Triflusal. Recorreu ao serviço de urgência, 7 dias após alta de internamento por hiponatremia sintomática, com quadro de anorexia, vómitos, mialgias e hipoglicemias com 3 dias de evolução; sem alterações ao exame objetivo. Apresentava anemia normocítica normocrómica (11,6 g/dL), hiponatremia de 120 mmol/L, sedimento urinário com nitritos e leucocitúria. Foi internada por hiponatremia sintomática e cistite aguda, iniciou nitrofurantoína empiricamente, com posterior isolamento de Escherichia coli multisensível. Por nova cistite por Pseudomonas aeruginosa cumpriu ciprofloxacina com resolução. Do estudo etiológico de destacar TSH 1.97 uUI/mL (normal); T4 livre 0.72 ng/dL (diminuído); ACTH 30.6 pg/mL (normal); cortisol sérico às 8h 4.4 ug/dL (diminuído); hemoglobina glicada 7.2%; osmolalidade sérica, urinária e densidade urinária normais; cortisol sérico 60 minutos após 250 ug de tetracosactido 18 ug/dL (limite inferior do normal); tomografia computorizada (TC) cerebral - sela turca vazia; TC abdominal sem alterações. Iniciou Prednisolona 10 mg/dia, com eutimia e normalização da natremia (138 mmol/L), assumindo-se o diagnóstico de ISR secundária. Alta assintomática e autónoma nas AVD. Aguarda biópsia de nódulos pulmonares. A ISR secundária é um diagnóstico raro, mas a considerar no caso de hiponatremia e hipoglicemia graves. Quando tratada, tem prognóstico favorável, com diminuição da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

PO-15-08

ENXAQUECA E HIPERPROLACTINEMIA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Eduardo Carvalho, Ana Patrícia Gomes, Dídia Lages, Margaria Ascensão, Artur Gama
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

As manifestações clínicas da hiperprolactinemia em mulheres na pré-menopausa provoca sintomas de infertilidade como: oligomenorréia, amenorréia e menos frequentemente galactorréia. Dentre as causas destacam-se condições não patológicas (gestação, estimulação mamilar e stress), e patológicas que estão associadas as doenças hipotálamo-hipofisárias como tumores hipotalâmicos, doenças infiltrativas e relacionadas ao uso de medicamentos. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 29 anos, enviada à consulta de medicina interna para investigação de cefaleia, galactorreia e hiperprolactinemia (446,55 ng/mL). A doente apresentava idas sistemáticas ao serviço de urgência nos últimos meses por crises de enxaqueca associadas a náuseas e vómitos. Foi medicada com amitriptilina 25 mg id e metoclopramida 10 mg 3id. Evoluindo com melhoria da cefaleia, mas as com mamas dolorosas, aumentadas e com descarga mamilar de leite. Sem outros sintomas localizadores. Antecedente pessoal e familiares sem relevância e sem uso de outras medicações. Ao exame objetivo não apresentava alterações significativas para além do exame das mamas, que eram simétricas, sem retrações, com glândulas mamarias aumentadas a direita e descarga mamilar de leite a expressão. Suspendeu-se a metoclopramida e amitriptilina. Iniciando tratamento com topiramato. O estudo complementar com ressonância magnética nuclear crânio-encefálica (RMN-CE), ecografia mamaria, perfil hormonal, beta-HCG sérico, bioquímica, autoimunidade e hemograma não mostrou alterações. O doseamento seriado da prolactina no soro, com intervalo mensal, mostrou a descida para valores normais (16,73 e 9,05 ng/mL), concomitante ao desaparecimento dos sintomas. Os autores buscam alertar para o diagnóstico diferencial da hiperprolactinemia. A literatura sugere a realização de RMN-CE em doentes com valores de prolactina sérica >100 ng/mL independente da suspeita etiológica. Sendo que valores acima de 200ng/mL sugerem a presença de adenoma lactotrófo.

PO-15-09

ELEVAÇÃO DA FOSFATASE ALCALINA – HEPÁTICA OU ÓSSEA, EIS A QUESTÃO

Ana Rita Terra, Ana Nunes, Teresa Romão, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ (CHLO), SERVIÇO DE MEDICINA I

INTRODUÇÃO: A fosfatase alcalina (FA) é um dos marcadores usados na avaliação hepática. A sua elevação com restante enzimologia hepática normal sugere uma fonte óssea. A doença de Paget do osso resulta de uma alteração focal do metabolismo ósseo caracterizada por aumento do turnover ósseo com sobrecrescimento e enfraquecimento da integridade do mesmo. CASO CLÍNICO: Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 44 anos, com antecedentes de psicose paranóide, sem história familiar relevante, enviado à consulta de Medicina Interna por elevação isolada da fosfatase alcalina detectada em análises de rotina. Sem queixas de qualquer orgão ou sistema e sem alterações ao exame objectivo. Analiticamente destacava-se FA elevada em análises sucessivas (400-550 U/L) com valores de gamaglutamil transferase (GGT) e transaminases no intervalo de referência. Ecografia abdominal com grau ligeiro de esteatose. A cintigrafia óssea revelou "(...) hipercaptação intensa do radiofámaco envolvendo L2-L3 e o fémur esquerdo (poupando apenas a epífise

distal), com padrão cintigráfico sugestivo de D. de Paget (...)". O doente foi medicado com ácido zoledrónico, 5mg ev em dose única. CONCLUSÃO: A Doença de Paget é tipicamente assintomática sendo o seu diagnóstico por norma acidental, através de um exame de rotina. É um achado comum no "osso envelhecido", mais frequente após os 55 anos. Os autores salientam a apresentação indolente desta patologia num doente jovem e já com atingimento ósseo importante, cujo diagnóstico foi possível através da pesquisa da FA numa análise de rotina e subsequente cintigrafia óssea, o exame diagnóstico de eleição. Alertam para a necessidade de diagnóstico e intervenção terapêutica precoce de modo a minimizar as inúmeras consequências associadas a uma Doença de Paget diagnosticada em fase sintomática, frequentemente tardia.

PO-15-10

HIPERCALCÉMIA EM DOENTE ONCOLÓGICO- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Vilaça Santos, Inês Antunes, Ana Costa, Ivone Barracha e Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR OESTE - UNIDADE DE TORRES VEDRAS

Doente de 73 anos, género masculino, com neoplasia da próstata e antecedentes pessoais de litíase renal. Referenciado ao serviço de urgência por hipercalcémia. Na admissão referia mialgias, sem outras queixas de órgão ou sistema. Sem alterações ao exame objectivo. Laboratorialmente salienta-se: ureia 65mg/dL, creatinina 1.4mg/dL, cálcio 13mmol/L, albumina 3g/L, fósforo 1,8mg/dL, PTH: 666,9pg/mL. Realizou ecografia da tiróide que mostrou massa sólida em topografia paratiroideia direita inferior e a TC cervical confirmou existência de volumoso nódulo paratraqueal direito, subtiroideu, no opérculo torácico. Fez recessão do nódulo, cujo exame histológico revelou adenoma atípico da paratiroide. Os autores apresentam este caso por se tratar de um doente com neoplasia da próstata, tendo por isso, uma causa expectável de hipercalcémia. Porém, sendo o hiperparatiroidismo primário uma entidade rara e a principal causa de hipercalcémia associado à coexistência de litíase renal, alertou-nos para eventual hiperparatiroidismo, que se confirmou no decorrer do estudo.

PO-15-11

TUMOR INTRA-SELAR NÃO HIPOFISÁRIO COMO CAUSA DE HIPONATRÉMIA

Sandra I. Correia, Isabel Eira, Joana Santos, Cristina Ângela
HOSPITAL DE BRAGA

As lesões císticas são uma variedade de lesões não neoplásicas que simulam tumores cerebrais e podem originar uma variedade de sintomas. Incluem os cistos colóides, epidermóides, dermóides e aracnoideu, correspondendo a 0.2-1% das massas intracranianas, dentro das quais o aracnoideu é a mais comum. A localização intra-selar ocorre em cerca de 9% dos casos, predominantemente em crianças. Embora geralmente assintomáticos e descobertos acidentalmente em RMN, os cistos grandes podem estar associados a cefaleias, alterações visuais e/ou deficiências hormonais hipofisárias. Apresentamos um caso de uma mulher de 64 anos, que recorreu à urgência por um quadro de náuseas, vómitos e tonturas, referindo um episódio de lipotímia. Foi detetada hiponatrémia de 112 mmol/L, que foi corrigida, tendo alta referenciada para Consulta Externa de Medicina Interna. Cerca de uma semana depois, recorre novamente à urgência por novo episódio de lipotímia com perda de consciência, com referência a recorrência do quadro de náuseas e vómitos. Além de hiponatrémia, apresentava ainda cortisol sérico discretamente diminuído, cortisol urinário normal, perfil tiroideu normal, marcadores víricos negativos. Por suspeita de insuficiência suprarrenal repetiu o estudo de cortisol e ACTH, apresentando os valores de 3.7 µg/dL e 12 pg/mL, respectivamente. Assim, foi assumido trata-se de uma causa central, e, como tal, efectuou RMN, que revelou a presença de cisto aracnoidocelo intra-selar, desviando posteriormente a glândula hipofisária. Após início de corticoterapia com hidrocortisona oral assistiu-se a franca melhoria clínica, com recuperação da vitalidade global, apresentando normalização sustentada nos níveis séricos de sódio. Este caso chama atenção para a possibilidade de patologias raras, como lesões císticas, serem causa de hipocortisolismo secundário.

PO-15-12

HIPONATREMIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniana Condado, Cátia Carvalho, Joana Diogo, Aline Gonçalves, José Malhado
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL- H. CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

A hiponatremia é o distúrbio hidroelectrolítico mais comum na prática clínica e pode causar significativa morbi-mortalidade. Nesse contexto, a Síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (SIADH) é caracterizada pela secreção contínua de ADH ou pelo aumento da actividade da hormona arginina-vasopressina, presente em 14 a 40% dos casos de hiponatremia. Os autores apresentam o caso de um homem de 79 anos, caucasiano, com história pessoal de demência vascular, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e cardiopatia isquémica e hipertensiva. Medicado com quetiapina 25 mg, metformina 1000 mg, atorvastatina 10 mg, bisoprolol 2.5 mg e lisinopril 5 mg. Recorreu ao SU por prostração e hiporreactividade com duas semanas de evolução e queda no domicílio com traumatismo craniano sem perda de conhecimento. Objectivamente, doente vígil, desorientado e pouco colaborante, mucosas descoradas e desidratadas, exame neurológico sumário sem défices focais, sem sinais meníngeos. Realizou TC-CE que mostrou acentuação da hipodensidade da substância branca peri-ventricular, da substância branca subcortical frontal e parietal bilateral e das coroas radiárias, de forma confluente e difusa, em relação com alterações de isquémia crónica. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica (Hb 11.3 g/dL), função renal normal, sódio sérico diminuído (119 mEq/L), sódio urinário normal (144 mEq/L), osmolalidade sérica diminuída (257 mOsmol/kg) com osmolalidade urinária normal (507 mOsmol/kg), ADH normal (5.6 pg/mL), ACTH ligeiramente aumentada (57.60 pg/mL) com cortisol sérico normal (14.50 ug/dL), função tiroideia normal, hipocloremia 80 mEq/L e K+ normal. Admitiu-se SIADH medicamentoso secundária a toma habitual de quetiapina. Após suspensão da mesma observou-se uma subida progressiva da natremia. Apresentamos este caso para termos sempre em mente que muitos dos medicamentos que usamos habitualmente na prática clinica podem condicionar esta síndrome.

PO-15-13

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOGLICEMIAS: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Rita Silva, Ana Rita Alves Lopes, Helena Maurício, Elisa Tomé, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - UH BRAGANÇA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A hipoglicemia é frequente nos diabéticos sendo muitas vezes causada por fármacos usados no tratamento da doença. Em contrapartida, tem baixa incidência na população não diabética. Carateriza-se pela tríade de Whipple; a sua etiologia pode não ser clara na abordagem inicial. OBJETIVO E MÉTODOS:Descrição de 2 casos clínicos de hipoglicemia de etiologias distintas. Sexo masculino, 47 anos, Diabetes Mellitus tipo 2 insulinotratado até 2014 com necessidade de suspensão por hipoglicemias e alterada medicação para metformina 850mg/dia e exenatido semanal. Em Dezembro/15 foi suspensa toda a medicação antidiabética por múltiplos episódios de hipoglicemias graves. Em Janeiro/16 novo episódio de hipoglicemia (55mg/dL) com necessidade de soro glicosado nas 1ªs 24h; hiperglicemias mantidas desde então. À admissão: peptídeo C diminuído e insulina aumentada; repetido doseamento de insulina durante o internamento que revelou valores normais. Assumida hipoglicemia factícia (uso de insulina exógena). Sexo feminino, 37 anos, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Desde há 1 ano com episódios de hipoglicemia pós-prandial (1:30h após refeição: <65mg/dL) com sudorese, tremores, mal-estar geral, parestesias e palpitações associadas, revertidos após a ingestão de açúcar. Glicemia em jejum normal; hemoglobina glicosilada: 5,3%. A prova de tolerância de glicose oral revelou glicemia aos 120 minutos de 66mg/dL com insulina aumentada. Assumida hipoglicemia hiperinsulinémica pós-prandial (hipoglicemia reativa). Em ambos os casos: anticorpos anti-insulina e anti-recetor de insulina negativos, valores de cortisol normais; excluído insulinoma, outros fármacos hipoglicemiantes e abuso de álcool. CONCLUSÃO:O diagnóstico diferencial da hipoglicemia é um desafio clínico. No diabético é importante ajustar medicação e excluir uso de fármacos não prescritos. A hipoglicemia reativa

requer adoção de medidas preventivas como refeições frequentes evitando açúcares de absorção rápida.

PO-15-14

UM CASO DE HIPERCALCÉMIA

Daniela Dias, Catarina Pires, Afonso Rodrigues, Marcos Mesquita, Teresa Garcia, Patrícia Cachado, Mário Santos
HOSPITAL DE SANTA MARTA

Os estados confusionais agudos acometem maioritariamente idosos, estando associados a uma heterogeneidade de etiologias, muitas vezes de difícil diagnóstico. Tratam-se de emergências geriátricas, uma vez que estão comprovadamente associados a maiores taxas de mortalidade. Actualmente, a ocorrência de formas com expressão clínica neuropsiquiátrica do hiperpatiroidismo primário é rara, sendo a sua ocorrência mais frequente em idosos. Caso clínico: Mulher de 91 anos, com história conhecida de hipertensão arterial, dislipidémia, apneia do sono e patologia osteodegenerativa. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com dois dias de evolução de síndrome confusional de início súbito, flutuante, caracterizado por desorientação temporo-espacial, amnésia anterógrada, alterações do comportamento, e discurso incoerente. Analiticamente salienta-se hipercalcémia 12,1 mg/L e fosfatémia no limite inferior do normal 2,3 mg/L. Urina II: 1460 U/L; nitritos negativos. O electracardiograma, a telerradiografia do tórax, a tomografia computorizada cranioencefálica não revelaram alterações de relevo.Do estudo realizado destaca-se: hiperparatiroidismo primário (PTH intacta 459.3 pg/mL); défice de vitamina D (5,9 ng/mL). Cintigrafia das paratiroideia: foco de hiperfixação ligeira na região superior do lobo esquerdo da tiroideia, que é compatível com adenoma da paratiroideia nesta localização. Admitiu-se o diagnóstico de síndrome confusional agudo em contexto de hiperparatiroidismo primário por provável adenoma da paratiroideia. Realizou-se terapêutica com fluidoterapia, diurético e Pamidronato, tendo-se verificado diminuição dos valores de cálcio (9,5 mg/dL) e resolução completa da sintomatologia. Teve alta orientada para consulta de Endocrinologia. Conclusão: o hiperparatiroidismo primário deve ser considerado no diagnóstico diferencial do síndrome confusional agudo, apresentando o estudo do metabolismo fosfocálcio um componente de relevo no seu diagnóstico/exclusão.

PO-15-15

HIPOPARATIROIDISMO PRIMÁRIO DE LONGA DURAÇÃO

Joana Rosa Martins, Filipe Filipe, Helena Luna Pais, Rodrigo Valido, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

O hipoparatiroidismo primário resulta da hipofunção das glândulas paratiróides condicionando uma diminuição dos níveis de cálcio que se acompanha de sintomatologia diversa e achados característicos ao exame objectivo (EO). A causa mais frequente é a remoção acidental das paratiróides durante o procedimento de tiroidectomia. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 72 anos, com antecedentes pessoais de DM tipo 2, HTA e tiroidectomia em contexto de bócio multinodular 10 anos antes do actual internamento. Foi internada por hipocalcémia grave (cálcio 5,6 mg/dL), anemia, elevação dos parâmetros de citocolestase e LDH. Ao EO apresentava sintomatologia extrapiramidal (tremor apendicular e rigidez) e sinal de Trousseau e Chvostek. Iniciou correcção imediata da hipocalcémia com resolução da sintomatologia de parestesias e dos achados electrocardiográficos e do EO. O estudo etiológico documentou um valor de PTH desproporcionadamente baixo ao valor de hipocalcémia, tendo a consulta de avaliações analíticas prévias (dos anos anteriores) mostrado hipocalcémia discreta. Foi realizado estudo imagiológico com TC de corpo, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e mamografia sendo possível excluir neoplasia subjacente. Deste modo foi colocada a hipótese de hipoparatiroidismo primário de longa duração em contexto de tiroidectomia realizada 10 anos antes, com sintomatologia extrapiramidal secundária a hipocalcémia crónica. Após um ano de follow up a doente mantem-se assintomática, com franca melhoria dos sintomas extrapiramidais e do estado geral, com normocalcémia sob terapêutica com calcitriol e carbonato de cálcio tendo ocorrido normalização dos parâmetros de citocolestase e LDH. Apesar do hipoparatiroidismo pós-tiroidectomia não ser uma situação incomum a ausência do seu reconhecimento precoce não é habitual, demostrando este caso as complicações da hipocalcémia crónica, com implicações multissistémicas, e o estudo etiológico a efectuar em casos semelhantes.

PO-15-16

DOENÇA DE GRAVES E LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA…RELAÇÃO OCASIONAL?

Vânia Rodrigues, Inês Mesquita, Tatiana Pires, Adriana Santos Silva, Filipa Amado, Ana Ferrão, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

A Doença de Graves (DG) é uma doença autoimune sistémica, sendo bem conhecido o atingimento de outros órgãos que não a tiróide, sob a forma de dermopatia e oftalmopatia. Esta patologia é responsável por cerca de 60 a 80% dos casos de hipertiroidismo e apresenta uma associação conhecida com outras patologias autoimunes não endocrinológicas. A idade típica de aparecimento situa-se entre os 20 e 40 anos e é mais comum no sexo feminino numa proporção de 8:1 relativamente ao masculino. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 75 anos, com antecedentes familiares de DG e antecedentes pessoais de Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) com 5 meses de evolução, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de perda ponderal de 15 quilogramas em 3 meses associado a ansiedade, palpitações e tremor generalizado. Ao exame objectivo destacava-se exoftalmia bilateral, índice de massa corporal de 15.4 Kg/m2, taquicardia e tremor das extremidades. Do estudo efectuado salienta-se: analiticamente com hormona estimuladora da tiróide (TSH) 0.02 µUI/mL, tiroxina livre (T4L) 43.1 pmol/L e anticorpos anti-receptores da TSH (TRABs) de 239.5 UI/L; Electrocardiograma em ritmo sinusal; Ecografia tiroideia a favorecer o diagnóstico de Doença de Graves e Tomografia Computorizada das órbitas com espessamento concêntrico da musculatura extraocular que poupa as inserções tendinosas e proptose ocular bilateral em provável relação com oftalmopatia tiroideia. Realizou ainda restante estudo autoimune. Iniciou terapêutica dirigida para tireotoxicose com redução progressiva da sintomatologia e foi posteriormente orientada para consultas de Endocrinologia, Oftalmologia e Medicina. Estão descritas na literatura associações de LLC com doenças autoimunes não hematológicas nomeadamente com a Doença de Graves. De destacar ainda a importância de não descurar o estudo outras causas responsáveis pela sintomatologia constitucional que não apenas a neoplasia.

PO-15-17

SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA ASSOCIADA A HIPERPITUITARISMO

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Paula Peixinho, Ivone Barracha
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - TORRES VEDRAS, SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: A "Síndrome da Sela Turca Vazia" é uma entidade incomum e que corresponde ao achado de sela turca preenchida por líquido cefalorraquidiano devido a herniação da aracnóide, levando à compressão do tecido hipofisário contra a parede selar, dando a aparência de sela turca vazia. Pode resumir-se a um achado radiológico incidental ou cursar com sintomas e disfunção hormonal, sendo associado geralmente a diferentes graus de hipopituitarismo. CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de um homem de 76 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial Essencial, admitido no Serviço de Urgência por prostração e desorientação temporo-espacial. Laboratorialmente sem parâmetros inflamatórios, com hiponatrémia euvolémica hipo-osmolar relevante - Na 115mmol/L – com valores de glicémia capilar controlados e função hepática e renal normais. Osmolaridade sérica 269mOsm/L. O estudo da função tiroideia revelou TSH 10.19mUI/L e T4 livre 19.75pmol/L. Ecografia da Tiróide: sem evidência de formações nodulares ou outras alterações. Tendo em vista o estudo hipofisário foi pedido restante doseamento hormonal destacando-se de anormal Prolactina 26.91ng/ml. Tomografia computorizada craneo-encefálica (CE): padrão aparente de sela

turca vazia confirmada por ressonância magnética (RM) CE dirigida à hipófise que revelou aumento da loca selar preenchida por colecção hídrica e achatamento glandular, sem anomalia do sinal e haste hipofisária com características ´mergulhantes´. DISCUSSÃO: Estamos perante um caso de Sela Turca Vazia associada a hipófise híper-funcionante, sem evidência de adenoma/microadenoma, secretora de hormona tireotrófica e Prolactina, padrão raramente descrito.

PO-15-18

TIROIDITE INDUZIDA PELA AMIODARONA

João Azeredo Costa, Mário Rodrigues, Vera Salvado, Luís Dias
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: A disfunção tiroideia é um dos efeitos secundários possíveis decorrentes do tratamento com amiodarona. Existem duas formas de hipertiroidismo associado a este fármaco (tipo 1 e 2) com mecanismos e tratamentos diferentes. Apresentamos um caso de uma mulher com um hipertiroidismo tipo 2 associado à amiodarona. CASO CLÍNICO: Mulher de 67 anos, com dislipidémia medicada com sinvastatina. É diagnosticada com fibrilhação auricular paroxística (FA) e medicada com amiodarona, desenvolvendo poucos meses após início do tratamento quadro de perda ponderal, fragilidade capilar com queda de cabelo, ansiedade, insónia e diarreia, decidindo suspender este fármaco, sendo referenciada à consulta. Da observação salienta-se tiróide não palpável e mixidema pré-tibial. Os exames revelaram hipertiroidismo, com TSH 0.015uUI/mL (vr. 0,24-5,6) e T4 livre 4,68ng/dL (vr. 0,5-1,24), anticorpos antiperoxidase, anti-tiroglobulina e anti-receptores TSH negativos, anemia 11g/L normocítica, normocrómica, AST 40 U/L, ALT 64 U/L, gGT103 U/L. Ecografia tiroideia com glândula normodimensionada e sem alterações e cintigrafia com tiróide hipocaptante. Iniciou terapêutica com propiltiouracilo até máximo de 450mg/dia com pouca resposta. Com o conhecimento progressivo dos resultados dos exames complementares, sem patologia tiroideia de base associou-se prednisolona 20mg em doses decrescentes, admitindo hipertiroidismo associado à amiodarona tipo 2. Verificou-se rápida melhoria clínica com normalização da função tiroideia e das restantes alterações analíticas. CONCLUSÃO: A tiroidite associada à amiodarona tipo 2, ocorre em doentes sem patologia tiroideia de prévia, causada por um mecanismo tóxico directo do fármaco. O tratamento é baseado na corticoterapia.

PO-15-19

UM CASO DE NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 1

João Azeredo Costa, Mário Rodrigues, Vera Salvado, Luís Dias
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: As neoplasias endócrinas múltiplas (NEM) são doenças raras de transmissão autossómica dominante que se caracterizam pela hiperfunção de várias glândulas endócrinas. Apresentamos um caso de NEM tipo 1. CASO CLÍNICO: Homem de 71 aos com diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna da próstata e pancreatectomia corpo-caudal, esplenectomia e gastrectomia atípica na sequência de diagnóstico de tumor neuroendócrino do pâncreas. Internado por quadro de confusão e desorientação, associado a valores de pressão arterial sistólica mantidos em torno de 200mmHg com TC-CE, RM e fundoscopia também sugestivos de encefalopatia hipertensiva. Iniciou terapêutica com labetalol em perfusão ev com melhoria clínica. O estudo de hipertensão secundária foi negativo, excepto pela presença de hipercalcémia 11,8 mEq/L (v. referência 8,4-10,mEq/L) com paratahormona aumentada 250pg/ml (v.r: 14-83pg/mL) concluindo-se um hiperparatiroidismo primário e obtendo-se normalização pontual da calcémia com pamidronato. A TC pescoço revelou tiróide de dimensões aumentadas com nódulos bilaterais, função tiroideia normal, e cintigrafia das paratiroideias com hiperplasia das 4 paratiróides. Perante a associação de tumor neuro-endócrino do pâncreas e hiperparatirodismo com hiperfunção de todas as glândulas assumiu-se NEM tipo 1, encontrando-se em curso o estudo genético. O estudo imagiológico e endócrino da hipófise anterior não revelou alterações. Ficou medicado com bifosfonato e referenciado à consulta de cirurgia endócrina. CONCLUSÃO: A NEM tipo 1 é uma doença rara, definida clinicamente pela presença de dois ou mais tipos de tumores típicos de NEM tipo 1, sendo os mais frequentes o adenoma das paratiroides com atingimento multiglandular e os neuro-endócrinos entero-pancreáticos. Neste caso a presença de ambos permitiu fazer o diagnóstico. No NEM1 o papel dos testes genéticos ainda se encontra por definir.

PO-15-20

FRACTURAS PATOLÓGICAS POR OSTEOMALACIA SECUNDÁRIA A HIPOVITAMINOSE D E SÍNDROME DE FANCONI PARCIAL

Ricardo Baptista1, Maria Fraga2, Maria João Nunes da Silva2, João Meneses Santos2, Rui M M Victorino2
SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS DO HSM/CHLN1, SERVIÇO DE MEDICINA 2 DO HSM/CHLN/FML2

Introdução: A Osteomalacia (OM) é um distúrbio do metabolismo fosfocálcico e da mineralização óssea, geralmente por hipovitaminose D. Nos países desenvolvidos associa-se principalmente a malabsorção por patologia digestiva ou alterações cirúrgicas da anatomia gastrointestinal. Caso Clinico: Homem de 63 anos com antecedentes de adenocarcinoma gástrico in situ, diagnosticado 8 anos antes, submetido a gastrectomia total. Teve várias complicacões e mais de 20 cirurgias abdominais, que culminaram numa esofagectomia total e extensa ressecção de intestino delgado distal, reestabelecendo-se o trânsito com esofagoplastia com interposição de cólon direito, anastomose laringocólica, colojejunal e ileocólica à ansa de cólon transverso. Internado para investigação de fracturas patológicas, dores ósseas difusas e diminuição da força muscular. Apresentava-se emagrecido, com atrofia e hipotonia musculares e diminuição da força de predomínio proximal. Laboratorialmente: hipocálcémia, hipofosfatémia, hipovitaminose D, elevação da PTH e FA óssea, hipocalciúria e hipofosfatúria. Gasimetria arterial: acidose metabólica hiperclorémia, anion gap normal. Exames de imagem: osteopenia e sinais de "fracturas ósseas prévias por insuficiência". A PET não revelou alterações atribuíveis a tecido neoplásico. No "follow-up", sob terapêutica com carbonato de cálcio e colecalciferol, registaram-se melhoria das queixas e normalização progressiva das alterações laboratoriais. Discussão: Assumiu-se o diagnóstico de OM por hipovitaminose D, com hiperparatiroidismo secundário e síndrome de Fanconi parcial, tendo como etiologia défices nutricionais por síndrome de intestino curto e malabsorção. O caso é ilustrativo das consequências metabólicas e osteo-articulares da carência nutricional, em contexto de hipovitaminose D e cirurgias gastrointestinais.

PO-15-21

LITÍASE RENAL E HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Filipe Gomes, Pedro Lopes, Flávio Costa, José Bernardes Correia, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO: A cólica renal é o problema urológico mais comum no serviço de urgência. Os cálculos de cálcio perfazem 75 a 85% dos cálculos renais no mundo ocidental, sendo mais comuns em homens entre a 3ª e a 4ª décadas de vida. Em cerca de 3 a 5% dos casos têm origem num hiperparatiroidismo primário que, normalmente, implica tratamento cirúrgico. CASO CLÍNICO: Mulher de 42 anos recorre ao serviço de urgência por dorso-lombalgia direita e náuseas com 12 horas de evolução, com sinal de Murphy renal positivo à direita. Sem antecedentes pessoais de relevo e sem hábitos medicamentosos. Das análises destacavam-se: PCR de 0,99 mg/dL, cálcio corrigido de 11,7 mg/dL, sumária de urina com hematúria microscópica, sem nitritos e sem leucócitos. Ecografia renal: … "Litíase renal bilateral com dilatação pielo-calicial direita condicionada por cálculo com 10mm, localizado no terço superior do ureter". Rx reno-vesical com cálculo radiopaco no terço superior do ureter direito. Foi medicada com cetorolac, tendo tido alta com referenciação às consultas de medicina interna e urologia. Duas semanas depois perante paratormona 253 pg/ml e cálcio corrigido de 12,1 mg/dL foi diagnosticado hiperparatiroidismo primário. CONCLUSÃO: Embora raro, o hiperparatiroidismo primário deve ser excluído como etiologia de cálculos renais de cálcio, uma vez que, o seu tratamento definitivo é cirúrgico

PO-15-22

MICROBIOLOGIA DE UMA CONSULTA – POR ONDE CAMINHAMOS?

Rita Grácio, Tatiana Pires, Diana Fernandes, Conceição Neves, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - MEDICINA I

A infecção do pé diabético é uma complicação potencialmente grave, podendo progredir rapidamente para gangrena e eventual amputação. Estima-se que 85% de todas as amputações sejam precedidas por uma úlcera do pé, o que torna a instituição terapêutica precoce e adequada, crucial na sua prevenção. Objectivos: Com este estudo, pretende-se estudar a frequência dos agentes isolados em culturas e avaliar a sua susceptibilidade in vitro aos agentes antibacterianos mais usados. Métodos: Este é um estudo retrospectivo, com a revisão dos resultados culturais obtidos por zaragatoa, em úlceras activas com sinais de infecção, de doentes seguidos na consulta de Pé Diabético, nos anos de 2014 e 2015, num total de 44 doentes. Resultados: Cerca de 81% das culturas tinham pelo menos 1 agente isolado, tendo sido isolados um total de 136 agentes. Foram isolados em média 1.55 microorganismos por úlcera, e cerca de 53% apresentavam múltiplos microorganismos. O S. aureus foi o agente mais frequente, tendo sido isolado em 25.6% dos casos, 35.5% dos quais são resistentes à Meticilina (MRSA). Os restantes agentes mais isolados foram a P. aeruginosa (13.6%) e o E. faecalis (10.4%). Não foram isoladas bactérias anaeróbias. Foram ainda isolados fungos em 3.2% dos casos. De todos os agentes isolados 19.66% apresentavam multirresistência. O agente com a maior taxa de resistência foi a K. oxytoca (50%), seguida da P. aeruginosa (41%) e S. aureus (35.5%). Conclusão: Este estudo pretende caracterizar a flora microbiológica presente nas úlceras infectadas dos doentes seguidos na consulta de Pé Diabético. Os aeróbios Gram positivos, especialmente o S. aureus, permanecem como as espécies mais predominantes. Os dados reunidos neste estudo deverão fornecer informação útil para a selecção de antibióticos no tratamento das úlceras infectadas do pé diabético.

PO-15-23

AMIODARONA E A DISFUNÇÃO TIROIDEIA

João Louro, Zara Soares, Mónica Reis, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

Segundo a classificação de Vaughan-Williams a Amiodarona é um fármaco antiarritmico da classe III, bastante usado para tratar Taquidisritmias, tendo especial interesse devido à sua eficácia e baixo risco pró arrítmico. No entanto não é um fármaco isento de riscos, pois pode afectar vários órgãos e em particular a tiroide. Efectuou-se um estudo com o objectivo de caracterizar os doentes seguidos em consulta de Medicina Interna com patologia tiroideia e a sua relação com a toma de Amiodarona. Desta forma foi feita uma análise retrospectiva dos doentes seguidos em consulta durante o ano de 2015. De todos os doentes da consulta externa, 106 doentes tinham patologia tiroideia, dos quais, 11(10,4%) apresentavam alteração da função tiroideia após o inicio da terapêutica com Amiodarona. A idade média dos doentes era de 73 anos e observou-se uma ligeira assimetria em termos de género, 64% do sexo masculino e 36% do sexo feminino. Das datas de inicio de terapêutica que se conseguiram apurar, concluiu-se que a alteração da função tiroideia aconteceu cerca de 1,8 anos após o inicio do fármaco. Das alterações endócrinas observadas houve um ligeiro predomínio da diminuição da função, hipotiroidismo em cerca de 55% em comparação com 45% dos doentes com hipertiroidismo. Houve necessidade de terapêutica em cerca de 65% dos casos, os restantes só necessitaram suspender o antiarritmico. Observou-se uma normalização da função em cerca de 82% dos doentes avaliados. Deste modo conclui-se que cerca de 10% dos doentes seguidos em consulta tinham alteração da função tiroideia associada à administração da Amiodarona. A maioria são do sexo masculino e necessitaram de menos de dois anos para se observarem alterações analíticas das hormonas tiroideias. Apesar de todos terem suspendido a medicação antiarrítmica com Amiodarona houve necessidade de terapêutica adjuvante na maioria dos casos. Assim sendo objectivou-se uma estreita relação entre a Amiodarona e as alterações da função da tiroide.

PO-15-24

UMA CAUSA DE EDEMA LOCALIZADO

Sara Freire, João Seabra Barreira, Nádia Simas, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Apresenta-se o caso de uma doente de 26 anos, leucodérmica, autónoma, com antecedentes pessoais de tabagismo e asma na infância. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com cerca de 4 semanas de evolução, caracterizado por tosse irritativa, dor retrosternal pleurítica (após o esforço da tosse), edema da face, dos membros superiores e parede anterior do tórax e abdómen. Apresentava concomitantemente queixas com cerca de 1 semana de evolução, de expectoração purulenta, febre, dorsalgia desencadeada pela tosse e rinorreia purulenta anterior. Foi medicada diversas vezes com antibiótico e terapêutica sintomática sem melhoria. À observação destacava-se edema da face, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, edema da parede abdominal e edema dos membros superiores. Da avaliação analítica inicial destacava-se ausência de elevação de parâmetros inflamatórios, Creatina quinase 626 U/L e troponina <0.02 ng/mL. A telerradiografia de tórax demonstrava reforço hilar à direita, mas não evidenciava imagem de consolidação pleuroparenquimatosa. O electrocardiograma revelava ritmo sinusal e inversão da onda T em DIII, aplanada em V3 e V4. Foi avaliada por Cardiologia, que considerou improvável a hipótese diagnóstica de pericardite. O ecocardiograma transtorácico não evidenciou alterações. Da avaliação analítica complementar destaca-se Enzima conversora da angiotensina e velocidade de sedimentação normais; Hormona tiro-estimulante 189.6 uU/mL; tiroxina 0.41 ng/dL; anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos, Anticorpo antinuclear e anticorpo antihistonas negativos. Neste contexto iniciou Levotiroxina 0.1 mg/dia e foram doseados anticorpos anti-tiroglobulina (70 U/mL) e anti-peroxidase (>1000 U/mL). A ecografia da tiróide revelou ecoestrutura heterogénea, nodular difusa, com imagens de septação grosseira, aspectos sugerindo tiroidite. Teve alta referenciada às Consultas de Medicina Interna e Endocrinologia, sob terapêutica com levotiroxina, tendo contudo abandonado o seguimento.

PO-15-25

APOPLEXIA PITUITÁRIA

Ana Rita Santos, Carolina Gouveia, Iala Costa, Carlos Bello, Alice Sousa, Luis Campos
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER, SERVIÇO DE MEDICINA IV

Introdução:A Apoplexia hipofisária (ApH) é uma patologia rara, caractejrizada por isquémia e/ou hemorragia súbita da hipófise, geralmente secundária à presença de um adenoma hipofisário. Caso Clínico:Mulher de 74 anos com antecedentes de Hipotiroidismo primário, Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Internada por Tromboembolismo Pulmonar e iniciada anticoagulação. Ao 4º dia de internamento por cefaleia súbita, supraorbitária, vómitos e "visão turva" no hemicampo visual temporal esquerdo realizou Tomografia Computorizada Crâneo-Encefálica (TC-CE) que revelou hemorragia localizada à hipófise contactando com quiasma ótico. A anticoagulação foi suspensa e colocada a hipótese de ApH. Não apresentando alteração do estado de consciência ou perda da acuidade visual major foi tomada atitude conservadora, doseadas hormonas pituitárias (ACTH, FSH e LH diminuídas) e iniciou corticoterapia. A Campimetria computorizada demonstrou diminuição da acuidade visual bitemporal. A presença de macroadenoma pituitário foi confirmada por Ressonância Magnética CE. A doente teve alta sob corticoterapia oral, referenciada a consulta de Neurocirurgia, Endocrinologia e Medicina. Discussão:A ApH condiciona hipertensão intraselar e compressão das estruturas adjacentes à hipófise. A apresentação clínica é variável, desde indolente a ameaçadora de vida. A sintomatologia clássica caracteriza-se por cefaleia (80%) e alterações visuais (50%). Em 75% dos casos a ApH é a manifestação inicial do adenoma, sendo o início de anticoagulação um fator precipitante conhecido. Défices hormonais à apresentação são comuns, sendo a insuficiência suprarrenal a situação mais temida, justificando terapêutica corticoide a qualquer doente com suspeita de ApH. Previamente descrita como uma emergência neurocirúrgica, atualmente a terapêutica conservadora tem ganho popularidade. Conclusão:O caso pretende demonstrar a apresentação clássica desta entidade

incomum mas potencialmente ameaçadora de vida e de visão.

PO-15-26

DOENÇA BIPOLAR E POLIDIPSIA NÃO PRIMÁRIA

Adriana Santos Silva, Carla Falcão, Vânia Rodrigues, Filipa Cabral Amado, Leonel Pinto, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA I

Introdução: A Diabetes Insípida (DI) nefrogénica é uma doença rara, caracterizada pela incapacidade do rim em concentrar a urina. Pode ser secundária a Doença renal crónica, toxicidade ao Lítio, hipercalcémia, hipocaliémia, glicosúria ou doença tubulo-intersticial. Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 53 anos, com antecedentes de Doença Bipolar, medicada com Carbonato de lítio, Aripiprazol, Gabapentina, Olanzapina e Fluvoxamina, trazida ao Serviço de urgência, por alteração do comportamento, vómitos e alteração da fala. Diagnosticada malformação arterio-venosa (MAV) parietal interna esquerda, associada a hemorragia intraventricular, complicada, 48 horas após admissão, com lesão isquémica parieto-occipital esquerda. Desde o início do quadro apresentou hipernatrémia, com agravamento progressivo (máximo de 165mmol/L) associada a poliúria (> 4500cc/24h) e balanço hídrico negativo. Admitindo-se DI, de origem central, em relação com a localização da MAV e depleção do aporte de água por depressão do estado de consciência, iniciou Desmopressina nasal e reforço hídrico. A resposta foi apenas parcial, mantendo hipernatrémia grave. Confirmada a história com a família, a doente apresentava polidipsia há vários meses. Foi então colocada a hipótese de DI nefrogénica, secundária ao lítio, tendo iniciado amiloride, hidroclorotiazida e redução da ingesta de sal, com resposta significativa e normalização do valor da natremia em poucos dias. Conclusão: O lítio é frequentemente utilizado no tratamento da Doença Bipolar, apresentando uma taxa de toxicidade de cerca de 30%, associada ao tratamento crónico. Cerca de 20% apresentam algum defeito de concentração de urina e 12% DI nefrogénica, podendo esta persistir durante vários anos após descontinuação da terapêutica. Dada a elevada frequência de complicações renais associadas, doentes sob tratamento crónico com lítio devem ser vigiados, de modo a permitir um diagnóstico precoce e a sua suspensão atempada.

PO-15-27

QUANTOS COMAS TENS TU?

Ana Gonçalves, Carla Pinto, Rui Alexandre, Helena Maurício, Miriam Blanco, Eugénia Madureira
ULS NE, HOSPITAL BRAGANÇA

INTRODUÇÃO: O coma mixedematoso representa o espectro mais grave do hipotiroidismo. Ainda que um diagnóstico precoce e adequado seja essencial, a sua mortalidade ronda os 50%. Como causas mais frequentes, encontram-se as infecções e a descontinuação do tratamento. CASO CLÍNICO: Mulher de 86 anos, com os seguintes antecedentes: hipotiroidismo, apneia do sono e angina pectoris. Internada por coma após traumatismo crânio-encefálico (TCE) por queda da própia altura. Em esclarecimento do contexto do TCE, admite-se alterações do estado neurológico, com períodos de desorientação e lentificação psico-motora associados a queixas progressivas de diminuição da força muscular e adinamia. Na exploração física destacava obesidade grau 2, pele seca e pálida, hipotermia, sons cardíacos apagados e hipotensão. Em estudo analítico salienta-se TSH 101UI/ml; T4Livre <0,40ng/dL, CK total 4000U/L, anemia microcítica/normocrómica com hemoglobina 9g/dL, creatinina 3mg/dl e hipercalemia (potássio 6,8mEq/L). Tomografia computorizada a revelar múltiplas lesões hemorrágicas de grande tamanho. Dada a extensão das lesões hemorrágicas a doente não apresentava indicação cirúrgica, tendo iniciado medidas neuroprotectoras. Iniciou levotiroxina, aquecimento corporal passivo e corticoterapia. Admitiu-se provável coma mixedematoso como etiologia de quadro neurológico inicial (TCE com hemorragia cerebral como etiologia de coma na admissão). Devido à extensão de lesões hemorrágicas, a doente evoluiu desfavoravelmente às 48h de admissão. CONCLUSÃO: a crise mixedematosa é uma forma extrema de hipotiroidismo. É frequentemente observada em idosos do sexo feminino com sinais e sintomas de hipotiroidismo. O atraso no diagnóstico implica importante impacto no prognóstico. O seu tratamento assenta em quatro pilares e deve ser efectuado em unidades de cuidados intensivos.

PO-15-28

CALCIFICAÇÕES TECIDOS MOLES – DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Catarina Faria, Marta Ferreira, Alexandra Vieira, Célio Fernandes
HOSPITAL DE SANTO ANDRE

A calcifilaxia está claramente descrita nos doentes com insuficiência renal crónica terminal. No entanto, muitas outras causas existem para que a deposição de cálcio nos tecidos ocorre, como são exemplos o hiperparatiroidismo primário, doença hepática alcoólica, neoplasias, défice de vitamina D, síndrome de POEMS, doenças do tecido conjuntivo. Pode ocorrer também por iatrogenia. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 27 anos, enviada a consulta por nódulos palpáveis a nível do antebraço, na região anterior e posterior das pernas com um ano de evolução. Na primeira consulta era portadora radiografia dos membros, onde se verificava nos tecidos moles envolventes do terço médio do bordo externo da coxa esquerda e nos tecidos moles envolventes do bordo anterior das tíbias imagens de densidade cálcica, tendo sido confirmadas por ecografia dos tecidos moles. Portadora igualmente de estudo analítico onde apenas se verificava défice vitamina D e paratormona (PTH) normal (23 pg/mL). Antecedentes pessoais de malária em 2012, tendinites no ombro direito. Referia ainda alergia a ácaros e pêlo de gato. Sem alterações relevantes em termos de crescimento e desenvolvimento. Sem história de fracturas. Medicação habitual anticoncepcionais orais e naproxeno em SOS. Antecedentes familiares irrelevantes. Iniciou suplementação vitamina D. Analiticamente: função renal normal, albumina 44 g/L, cálcio total 2,43 mmol/L (2.2-2.65), fósforo normal, PTH=15,4, doseamento de vitamina D3 de 75 ug/L, calciúria das 24h: 44,4 mg/dia, depuração renal de cálcio=0,256; ratio cálcio/fósforo=2,9325 (<70). O estudo imunológico foi negativo. Radiografia das mãos revelou encurtamento do 4º metacarpo em ambas. Actualmente encontra-se em curso o estudo genético na suspeita de pseudo-pseudohipoparatiroidismo. Os autores com este caso clínico, pretendem apresentar e discutir o mesmo neste congresso, o estudo realizado até à data na perspectiva de chegar a um possível diagnóstico clínico.

PO-15-29

SINDROME DE HAIR-AN: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

José Pereira, Tânia Sales Marques, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A Sindrome de HAIR-AN é uma doença que afeta mulheres. É caraterizada por hiperandroginismo, resistência à insulina, acantose nigricans e obesidade. Apresenta-se normalmente durante a fase da pré-puberdade com obesidade e resistência à insulina. O fator precipitante parece ser a resistência à insulina, com aumento da produção secundaria desta hormona e subsequente aumento da produção de androgénios pelos ovários. Apresentamos o caso de uma mulher de 70 anos de idade natural de Angola com historia de hipertensão arterial desde os 23 anos, hirsutismo, alopecia, acantose nigricans, obesidade androide e hiperinsulinismo com marcada insulino resistência. Neste contexto associou-se também Diabetes Mellitus tipo 2; síndrome de apneia obstrutiva do sono, necessitando de ventilação não invasiva com CPAP noturno; dislipidémia mista, esteatose hepática; litíase renal e síndrome do ovário poliquístico. Dos exames complementares de diagnostico efetuados, salientam-se aumento da 17a-hidroxiprogesterona, DHEAS, cortisol, aumento da testosterona, hiperinsulinismo e dislipidémia mista. Concluído tratar-se de um Sindrome de HAIR-AN com insulino resistência do tipo A, que é uma forma hereditária, causada por mutações dos recetores de insulina e consequente distúrbio da resposta a esta hormona. Este síndrome exige terapêutica múltipla e controlo clinico apertado para aumento da sobrevida das doentes.

PO-15-30

ENDOCRINOPATIA MÚLTIPLA (MEN1) EM DOENTE JOVEM, HIPERTENSO, COM DOENÇA DE ADDISON E ELEVADO RISCO CARDIOVASCULAR

José Pereira, Tânia Sales Marques, Luciana Frade, Irene Verdasca, Filipa Prates, Ana Ribeiro da Cunha, Luís Campos
SERVIÇO DE MEDICINA III - HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL / NOVA MEDICAL SCHOOL, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

O MEN1 (Neoplasias endócrinas múltiplo tipo 1) é uma síndrome tumoral familiar autossómico dominante. Existe uma mutação no gene supressor tumoral MEN1. Estes doentes desenvolvem tumores das glândulas paratiroides, do sistema neuro endócrino pancreático e da glândula pituitária. A incidência é semelhante em homens e mulheres e tem uma frequência de 1/30.000 pessoas. Apresenta-se com hiperparatiroidismo e hipercalcemia assintomática. Apresentamos o caso de um homem de 50 anos com historia de doença de Addison desde 1998, medicado com corticoides, Hipertensão arterial (HTA) desde os 27anos e doença coronária, com Stent na Descendente anterior aos 44anos. É seguido em consulta de medicina interna, endocrinologia e cardiologia. Desenvolveu quadro de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tendo iniciado terapêutica com antidiabéticos orais (ADO). Nos últimos anos de seguimento apresentou queixas de cansaço e disfunção sexual tendo feito estudo hormonal que revelou hipopituitarismo, mostrando cortisol 3.6 µg/dl e ACTH <3ng/L, hipotiroidismo central (TSH 0.25 uIU/mL; T4 6.1 pmol/L), diminuição da LH (0.6 IU/L), diminuição da testosterona (6.1), hiperparatiroidismo primário com aumento da PTH 62.5 pg/ml e cálcio 12.1 mg/dl. Por estas alterações hormonais fez exames de imagem dos quais se destacam ecografia tiroideia com varias imagens nodulares hipoecogénicas e prováveis nódulos da paratiroide esquerda. Tomografia computorizada crânio encefálica sem alteração e Ressonância Magnética sem alteração da glândula hipofisária. Gamagrafia das paratiroides sem evidência de tecido paratiroideu hiperfuncionante. Assim foi assumido MEN1 e iniciou terapêutica hormonal de substituição com hormona tiroideia, hidrocortisona 150mg, testosterona, ADO, anti-hipertensores, dupla antiagregação, estatinas e gabapentina. Apresentamos o caso pela raridade do MEN1, e pela sua associação com DM e HTA com complicações micro e macrovasculares, representando elevadíssimo risco cardiovascular.

PO-15-31

FEOCROMOCITOMA - UM CASO CLÍNICO

Pedro Vieira, Andreia Póvoa, Sónia Canadas, Gonçalo Samouco, Marcos Oliveira, Francisco Morgado, Darlene Afonso, Rodrigo Maia Alves, Ana Teresa, Rita Fernandes, Joao Correia.
HOSPITAL DE SOUSA MARTINS EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: O feocromocitoma é uma neoplasia rara produtora de catecolaminas com localização mais frequente na medula supra-renal, ocorrendo em menos de 0.2% dos doentes com hipertensão arterial. CASO CLÍNICO: Apresenta-se um indivíduo do sexo masculino, 79 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 controlada com metformina e insulina, hipertensão arterial medicada com enalapril e lercanidipina, refratária ao tratamento medicamentoso, fibrilhação crónica hipocoagulada e história de acidentes isquémicos transitórios recorrentes em 2010. Internado em 2014 por pneumonia a esquerda e lesão renal aguda, tendo cumprido 10 dias de amoxicilina e ácido clavulânico e 7 de azitromicina, com melhoria da clínica respiratória, normalização dos parâmetros inflamatórios e melhoria da função renal. Realizou ecografia renal que mostrou volumosa massa heterogénea, sólida, 7.5 cm x 8.7 cm, junto ao polo superior do rim esquerdo, confirmada por TAC abdominopélvico sem contraste. Em consulta de seguimento, refere edemas dos membros inferiores e astenia. Nega dispneia para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Nega cefaleia, fotofobia, visão turva ou flushing. Realizou ressonancia magnética que mostrou massa volumosa com 8.8x7.5x10 cm, sem nítido plano de gordura com o polo superior do rim esquerdo, não conclusiva quanto a sua natureza. Sem adenomegalias nem lesões expansivas na cavidade pélvica. Analiticamente, função renal normal, Cortisol e Aldosterona séricos normais. ACTH ligeiramente aumentada (82.60), TSH e T4 normais. Metanefrinas séricas aumentadas (126) e normetanefrina muito aumentada (4579). Metanefrinas urinárias totais aumentadas (20063) à custa de normetanefrina (19330) e 3-metoxitiramina (568). Fez cintigrafia com 123 I-Metaiodobenzilguanidina (MIBG) que revelou aspeto típico de feocromocitoma. Foi internado no Serviço de Endocrinologia, para frenação e optimização da terapêutica médica com o intuito de submissão a intervenção cirúrgica.

PO-15-32

HIPONATRÉMIA GRAVE COMO APRESENTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO – A PROPÓSITO DE UM CASO

Susana Escária, Joana Santos, Renato Cunha, Vasco Neves, Cláudia Tátá, Nelson Cardoso, Margarita Urquiola, Conceição Barata
HOSPITAL ESPIRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇO DE MEDICINA 2

Introdução: A hiponatrémia é um achado muito frequente na avaliação analítica no serviço de urgência, cujo diagnóstico diferencial é amplo e muitas vezes complexo. Com este caso pretende-se alertar para o hipopituitatismo como causa de hiponatremia grave. Caso clínico: Doente do sexo feminino, 76 anos que recorreu à urgência por apresentar oligoanuria e vómitos nos 2 dias anteriores. Referia também cansaço intenso, que condicionava as actividades da vida diária no último mês. Como antecedentes pessoais destacavam-se dois traumatismos crânio encefálicos (TCE) no último ano, o último dos quais uma semana antes com fractura de C1. Na avaliação analítica destacava-se anemia normocítica normocrómica, hiponatremia de 103mg/dL, FT4 < 0,400ng/dL e TSH normal, sem outras alterações. Perante estes resultados decidiu-se internar a doente para estudo e correcção da hiponatrémia. Iniciou-se levotiroxina com normalização da FT4 mas sem aumento significativo do sódio. No internamento a doente apresentava perfil glicémico baixo e perfil tensional também baixo. Realizou-se estudo hormonal com o seguinte resultados: diminuição dos níveis de FSH e LH, PRL, IFG-1 e ACTH e cortisol normal, obtendo-se assim o diagnóstico de hipopituitarismo. Realizou RM da sela turca com o seguinte achado: "na adenohipófise pequena imagem arredondada hipocatante de 3mm", que devido às dimensões não foi considerada causa do hipopituitarismo. Assumiu-se como causa do hipopituitarismo os TCE repetidos que a doente referia. A doente iniciou tratamento com hidrocortisona e após 3 dias de terapêutica apresentou normalização do valor de sódio, assim como do perfil glicémico e tensional. Conclusão: O hipopituitarismo é uma causa muitas vezes esquecida de hiponatrémia mas que pode ter consequências graves se não for diagnosticado atempadamente. É necessário ter presente esta causa de hiponatrémia para se poder fazer o diagnóstico e iniciar tratamento com corticoides, que normalmente é muito efectivo.

PO-15-33

O REVERSO DA MEDALHA

Vera Luís, Svitlana Hrihoryan, Maria José Grade, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE – UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO – SERVIÇO DE MEDICINA 4

INTRODUÇÃO: O uso de esteróides anabolizantes é associado aos atletas de alta competição mas o seu uso é mais alargado, sendo frequente entre os praticantes comuns de musculação. Os efeitos secundários são diversos, desde psicológicos e dermatológicos, até casos graves de toxicidade hepática, renal e cardiovascular, sendo potencialmente fatal. CASO CLÍNICO: Homem de 66 anos de idade, hipertenso, culturista de competição há 40 anos. Utilizador de múltiplos suplementos sem supervisão médica, a fazer ciclo com esteróide anabolizante, tendo feito há cerca de 3 meses um ciclo com hormona do crescimento. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de cansaço fácil, tosse seca, edemas dos membros inferiores de predomínio vespertino e nictúria, com cerca de 4 semanas de evolução. Nos exames complementares iniciais destacam-se, analiticamente, uma Insuficiência Renal Aguda (Creatinina 2.7 mg/dL e Ureia 120mg/dL) com proteinúria na urina tipo 2. No Raio-X tórax verificou-se um Índice cardiotorácico aumentado. Eletrocardiograficamente: hipertrofia do ventriculo esquerdo (VE) e elevação do segmento ST nas derivações V5 e V6. Estendendo-se o estudo etiológico verificou-se em Ecografia Abdominal a presença de derrame pleural esquerdo, esteatose hepática. Em Ecocardiograma apresentou hipertrofia severa do VE com derrame pericárdico volumoso com colapso da Auricula Direita. Excluídas as etiologias infeciosa e auto-imune, e

admitindo-se o diagnóstico de Pericardite com poliserosite secundária a ingestão de esteróides anabolizantes, iniciou o tratamento dirigido com furosemida, ácido acetilsalicílico, e conchicina. Foi restringido qualquer tipo de suplementação e reavaliou-se posteriormente tendo apresentado uma boa evolução clínica. DISCUSSÃO: Os autores pretendem realçar a importância da ingestão de suplementos e substâncias não controladas, de forma recreativa e abusiva, e os seus efeitos secundários, não podendo deixar de ser questionada em indivíduos praticantes de desporto.

PO-15-34

DOENÇA DE PAGET - ´METÁSTASE´ COM FINAL FELIZ

Diogo Paixão Marques, Marta Manso, Simão Rodeia, Raquel Domingos, Francisco Silva, Alberto Mello e Silva
HOSPITAL EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA II

A doença de Paget do osso pode atingir até 9% da população idosa, sendo assintomática na maior parte dos casos. A suspeição diagnóstica é feita através da documentação, geralmente incidental, de lesões osteoblásticas que se podem acompanhar de elevação dos níveis de marcadores de reabsorção óssea como a fosfatase alcalina. Apresenta-se o caso de um doente de 67 anos, com história de coxartrose bilateral grave de início em idade jovem, já tendo sido submetido a artroplastia bilateral de substituição da anca. Admitido no SU por quadro com vários dias de evolução de dor na anca esquerda, com irradiação ao longo da face anterior do membro inferior homolateral. O exame objectivo e avaliação radiográfica realizados no SU foram inconclusivos, tendo por este motivo realizado TC da bacia e coluna lombosagrada que revelou duas lesões osteoblásticas no corpo vertebral de L3 e asa do ilíaco esquerdo, sugestivas de etiologia metastática. Foi internado para estudo etiológico, tendo realizado investigação extensa que excluiu neoplasia primária nas localizações mais frequentemente associadas a metastização osteoblástica. A cintigrafia óssea excluiu atingimento de outras estruturas ósseas, confirmando aumento da actividade osteoblástica nas lesões referidas. Realizou então RM que revelou aspectos sugestivos de etiologia pagética. O estudo analítico foi concordante com doença de Paget, demonstrando-se elevação dos níveis séricos e urinários dos marcadores de reabsorção óssea. O doente iniciou terapêutica com bifosfonato com resolução das queixas álgicas, mantendo seguimento em consulta. A doença de Paget é uma patologia relativamente frequente na população com idade superior a 65 anos, devendo ser considerada na investigação de lesões osteoblásticas, sobretudo após exclusão de etiologia neoplásica.

PO-15-35

HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO MANIFESTAÇÃO PRIMÁRIA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL

Filipa Gomes, Sandro Gaspar, Rita Dutschmann
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, SERVIÇO DE MEDICINA I. CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE UROLOGIA

Os angiomiolipomas (AML) são as neoplasias benignas renais mais frequentes. A maioria são incidentalomas, sem sintomatologia associada, devido ao seu tamanho reduzido (inferior a 4cm). Porém, aqueles com dimensões superiores a 4cm podem cursar com infeção do trato urinário, hematúria, dor, hipertensão arterial (HTA) ou hemorragia retroperitoneal. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 45 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, referenciada à consulta de Medicina Interna para estudo etiológico e controlo de HTA. No exame objetivo verificou-se uma tensão arterial 186/95mmHg. A monitorização ambulatória da pressão arterial revelou HTA grau III, padrão dipper. Na avaliação laboratorial, com função renal, análise sumária de urina e estudo metabólico/endocrinológico não se evidenciaram causas secundárias de HTA. Da mesma forma o Eletrocardiograma, o Ecocardiograma e a Radiografia Torácica não traduziram alterações relevantes. A Ecografia Renal com Doppler evidenciou um nódulo volumoso, bem definido, no rim direito, com 63x30x39mm, hiperecogénico, com crescimento exofítico e outros dois, de menores dimensões, no rim esquerdo, sugestivos de AML e confirmados com Tomografia Computorizada com contraste. A doente iniciou terapêutica com bloqueador dos canais de cálcio, dada a ausência de evidência de secreção de renina pelos tumores, mantendo controlo tensional satisfatório. A apresentação clínica inicial de um AML volumoso pode cursar com HTA, embora bastante rara. A solução passa por exérese cirúrgica, geralmente com resolução do quadro médico, sem necessidade de anti-hipertensores adicionais.

PO-15-36

DERRAME PERICÁRDICO MASCARADO

Tiago Telo Pacheco, Joana Simões, Rita Delgado Valente, Inês Simões, Margarida Sá Pereira, Luís Borges
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL – HOSPITAL DE S. JOSÉ – UNIDADE FUNCIONAL 1.4

O derrame pericárdico pode estar presente em cerca de 25% dos casos de Hipotiroidismo. O tamponamento cardíaco por sua vez é uma complicação rara desta entidade e encontra-se descrito sobretudo em casos de hipotiroidismo prolongado não tratado. Caso Clínico: Mulher, 90 anos, dependente, com vida de relação. Antecedentes: Cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca (IC), Fibrilhação Auricular Paroxística, Doença Renal Crónica. Medicação habitual: AAS, furosemida, alopurinol, amiodarona (suspensa 6 meses antes - bradicardia iatrogénica). Múltiplos recursos ao Serviço de Urgência (SU) nos 12 meses precedentes por quadro arrastado de dispneia para esforços mínimos, ortopneia, dispneia paroxística noturna e intolerância ao frio. Dado agravamento sintomático com hipotensão, taquicardia e diminuição subjetiva da diurese, realizou ecocardiograma transtorácico, revelando extenso derrame pericárdico com sinais de pré-tamponamento. Da pericardiocentese resultaram 1000ml líquido sero-hemático, com características de exsudado, ADA 12.9, exames directos e culturais negativos. Prosseguindo estudo etiológico, diagnosticou-se hipotiroidismo grave (TSH 270, T4L<0.16. Ac antiTPO, antiATG negativos), iniciando levotiroxina com melhoria clínica, laboratorial e ecocardiográfica. Em análise retrospetiva dos registos no SU, constatado aumento gradual do índice cardiotorácico (ICT) e diminuição sucessiva da amplitude dos complexos QRS. Destarte, os autores enfatizam o derrame pericárdico como: - Causa a considerar na agudização da IC em doente idoso com aumento progressivo do ICT; - Apresentação invulgar de hipotiroidismo, podendo evoluir para tamponamento, quando tardiamente diagnosticado.

PO-15-37

UM CASO DE FRATURAS MÚLTIPLAS

Filipa Pedro, Yahia Abuowda, Nuno Craveiro, Ana Alves Oliveira, Laura Moreira, Cristina Santos
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM - MEDICINA III

O Raquitismo hipofosfatémico é um distúrbio renal caraterizado pela perda inadequada de fosfato pelo rim. Formas autossómicas dominantes e recessivas foram descritas, sendo a forma mais comum a autossómica dominante ligada ao X. Estes doentes apresentam normalmente raquitismo e/ou osteomalacia, deformidades dos membros inferiores, baixa estatura, dores ósseas e alterações das peças dentárias. Muitas vezes, esta patologia é diagnosticada logo no primeiro ano de vida, quando se constata um atraso de crescimento em relação ao esperado. Nos adultos, os sintomas mais comuns são as dores ósseas, fraqueza muscular e fraturas. O tratamento desta condição clínica baseia-se na suplementação com fósforo e vitamina D. Doente do sexo feminino, de 28 anos, foi referenciada à Consulta de Medicina por queixas de dores difusas nos membros inferiores, piorando nos últimos dois anos após o parto. Trata-se de uma doente com antecedentes de nefrectomia direita por tumor benigno e infeções trato urinário de repetição na infância. Ao exame objetivo, destacava-se baixa estatura, coxa vara bilateral, sem deformidades articulares. Raio-X dos membros inferiores com pseudo fraturas ao nível das diáfises dos dois fémures e tíbia direita. Analiticamente, sem anemia, creatinina 1.5, Clearance de 55.53ml/min, ionograma normal, vitamina D normal, cálcio, calciúria e fosfatúria normais, fosfatémia baixa, fosfatase alcalina normal, PTH aumentada, aminoacidúria ausente, glicosúria presente, hemoglobina glicada 5.6%, exclusão de doença celíaca e evidência de osteoporose na osteodensitometria. Iniciou terapêutica com reposição de fósforo e cálcio e bifosfonatos, tendo consolidado

as fraturas existentes e desaparecido as dores ósseas. As doenças ósseas metabólicas pela sua complexidade são ainda um desafio diagnóstico e terapêutico para a Medicina Interna.

PO-15-38

DIABETES EM 2015 - RETRATO DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Joana Carneiro, Joana Louro, Manuela Ricciulli
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - UNIDADE DE CALDAS DA RAINHA

INTRODUÇÃO: A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica, com múltiplas complicações, tendo um importante impacto na morbilidade e mortalidade dos doentes. Segundo dados da IDF de 2015, 13,6% da população adulta portuguesa é diabética, tendo sido responsável por 7896 mortes neste ano. OBJETIVO: Caracterização dos doentes seguidos em consulta de diabetologia de um Hospital Distrital ao longo de um ano, permitindo elaborar estratégias de intervenção mais eficazes. MÉTODOS: Estudo observacional, retrospetivo dos doentes seguidos em consulta de diabetologia de janeiro a dezembro de 2015. Colheita de dados através da consulta dos processos clínicos e análise estatística com SPSSstatistic14®. RESULTADOS: Durante 1 ano foram realizadas 586 consultas e avaliados 286 doentes, 59,8% do género feminino, com idade média de 60.97 ± 9,77 anos. 88% tinham DM tipo 2 (DM2), 2,9% DM tipo 1 (DM1), 2,4% LADA e 0,7% pré-diabetes. O tempo médio de evolução da doença foi 19,84 anos; 19,8 na DM1 e 16,5 na DM2. Os doentes com DM2 têm altas prevalências de dislipidemia (86,4%) e HTA (85,3%), ao contrário dos DM tipo1 e LADA. Relativamente às complicações microvasculares, a retinopatia foi a mais frequente (39,2% na DM2, 29,2% na DM1 e 14,3% na LADA), seguida pela nefropatia diabética (17% na DM2 e 13% na DM1) e neuropatia diabética (11% na DM2 e 13% na DM1). O índice de massa corporal médio foi 30,5kg/m2, 31 na DM2, 26,4 na DM1 e 23,8 na LADA. A média da última determinação da HbA1c é 7,82%, 7,72 na DM2 e 8,55 na DM1. Na DM2 70% encontram-se sob insulinoterapia e 30% sob antidiabéticos, sendo que 76% dos doentes com DM2 realizam terapêutica injetável. CONCLUSÃO: Os resultados são semelhantes aos resultados nacionais. A elevada taxa de insulinização e a longa duração da doença na DM2 reflete a complexidade dos doentes seguidos em consulta de diabetologia hospitalar. A elevada HbA1c encontrada na DM1 é preocupante e exige otimização da abordagem psico-educacional destes doentes.

PO-15-39

HIPOGONADISMO NO HOMEM - UM CASO CLÍNICO

João Costa Lopes, Margarida Varela dos Santos, Juliana Silva, Luísa Wandschneider, Luís Siopa
HOSPITAL DE SANTARÉM

Os autores apresentam o caso clínico de um homem, de 53 anos, internado no serviço de medicina por síncopes recorrentes. Na anamnese destacava-se história de galactorreia e disfunção eréctil com mais de 10 anos de evolução. Ao exame físico apresentava ginecomastia, rarefação pilosa, distribuição ginóide da gordura corporal, atrofia testicular e diminuição da acuidade visual com alterações campimétricas. O electrocardiograma, em ritmo sinusal. Tomografia computorizada crânio encefálica com lesão expansiva selar e supraselar, sugestiva de macroadenoma hipofisário. Realizado doseamento hormonal que mostrou níveis de testosterona e hormona luteínizante baixas e e prolactina elevada. Discute-se a abordagem diagnóstica e terapêutica do hipogonadismo secundário a macroadenoma hipofisário, neste doente em particular, que recusou intervenção cirúrgica.

PO-15-40

QUANDO A HIPOCALCEMIA É BEM TOLERADA

Filipa Cardoso, Mário Ferraz, Filipe Damião, Marta Soares, Madalena Vincente, Anna Taulaigo, Ana Lladó, Cláudia Mihon, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: A hipocalcemia (cálcio total inferior a 8.5 mg/dL) é uma deficiência nutricional que afecta cerca de 18% dos doentes hospitalizados. Este valor é mantido pela interacção da PTH, metabolitos da vitamina D, massa óssea e pelos rins. As causas mais comuns de hipocalcemia incluem o hipoparatiroidismo, a deficiência de vitamina D e a doença renal crónica. Como sintomas mais frequentes destacamos irritabilidade neuromuscular (como o sinal de Chvostek, sinal de Trousseau e tetania), mioclonias e alterações electrocardiográficas. Caso clínico: Mulher de 80 anos, residente em lar e dependente de terceiros nas actividades de vida diária, com história pessoal conhecida de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes tipo 2. Da terapêutica habitual destaca-se uma sulfonilureia. Inicia quadro com poucas horas de evolução de prostração e diaforese, tendo sido objectivada hipoglicemia de 40mg/dL, com posterior internamento para vigilância. Na avaliação analítica inicial, destacou-se uma hipocalcemia de 4.7 mg/dL e hiperfosfatemia de 5.3 mg/dL de novo, associado a um ligeiro tremor dos membros superiores. Electrocardiograficamente sem alterações a destacar. Do estudo complementar realizado durante o internamento, considerou-se como causa principal um défice de Vitamina D-25 (<4 pg/mL) com hiperparatiroidismo secundário (PTH 599 pg/mL), tendo iniciado calcitriol e carbonato de cálcio, com melhoria progressiva. Como causa acessória, a destacar a doença renal crónica (TFG de 30). de provável etiologia hipertensiva/diabética. Tem alta 11 dias depois, clinicamente bem, com um valor de cálcio corrigido de 7.5 mg/dL. Conclusão: Com este caso os autores evidenciam uma alteração analítica grave com tradução clínica mínima, que poderia facilmente não ter sido diagnosticada, nem tratada. A hipocalcemia tem uma maior importância em termos de morbilidade, apresentando-se como uma causa importante de osteoporose significativa.

PO-15-41

DOENÇA DE PAGET DO OSSO - QUANDO A IMAGEM NÃO É A CHAVE DO DIAGNÓSTICO

Margarida Cruz, Mariana Sousa, Raquel Cruz, Helena Martins, Filipa Sousa, Ana Rafaela Araújo, Pedro Silva Neto
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, HOSPITAL INFANTE D. PEDRO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Doença de Paget do Osso (DPO) é uma perturbação do metabolismo ósseo que ocorre com o envelhecimento do esqueleto, preferencialmente axial. Caracteriza-se pela renovação óssea excessiva, com subsequente compromisso da integridade e estrutura do osso. Maioritariamente assintomática, contudo pode cursar com dor, deformidade óssea, compressão radicular, fratura e/ou artrite. O diagnóstico é primariamente radiológico e na maioria dos casos ocorre elevação sérica da fosfatase alcalina (FA). Mulher, 69 anos, seguida em consulta de Medicina Interna. Referia lombalgia intensa de instalação insidiosa, com agravamento progressivo e hipersudorese noturna, desde há dois meses. Ao exame físico, apenas dor à palpação da coluna dorso-lombar. Analiticamente, a destacar, elevação ocasional dos marcadores inflamatórios e FA persistentemente normal. Radiografia da coluna com espondilose e alterações degenerativas. Realizou tomografia computorizada que revelou fractura de L4, não recente, sem indicação cirúrgica. Por persistência de clínica exuberante, pedida ressonância magnética, a evidenciar compressão radicular em L3, captação intensa e irregular de D12 e L1, podendo dever-se a processo inflamatório/infecioso/infiltrativo. Para esclarecimento adicional, fez cintigrafia óssea, que mostrou aumento da captação em D12. Doseamento urinário de hidroxiprolina normal. Mediante hipótese de processo infiltrativo, clínica e restante estudo inconclusivo, procedeu-se à biópsia óssea, cujo resultado mostrou alterações sugestivas de fase osteoblástica da DPO. Iniciou reposição de vitamina D e cálcio para posterior terapêutica com ácido zolendrónico. Submetida a cirurgia de transfixação de D12. Franca melhoria clínica, com recuperação funcional progressiva. No diagnóstico da DPO, nem sempre os meios complementares são patognomónicos. É fundamental prosseguir a investigação etiológica, na medida em que o tratamento adequado e célere permite evitar/diminuir a degradação funcional destes doentes.

PO-15-42

NOVOS ANTIDIABÉTICOS - ANÁLISE DA SUA UTILIZAÇÃO NUMA CONSULTA HOSPITALAR DE DIABETES.

Irene Verdasca, Patrícia Vicente, José Filipe Guia, Ana Lourenço, João Cunha, Luís Campos
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER, CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: O conhecimento aprofundado da fisiopatologia da Diabetes Mellitus (DM) permitiu o aperfeiçoamento da terapêutica com novos fármacos: análogos das incretinas e inibidores da reabsorção renal de glucose. Este estudo tem como objetivo identificar o comportamento destes fármacos acrescentados às terapêuticas com outros antidiabéticos (AD) para melhor controlo metabólico. MÉTODO: Estudo exploratório com análise de doentes avaliados em consulta de DM hospitalar, num período de 6 meses (Janeiro-Junho 2015). Identificaram-se os doentes sob novos AD iniciados no período do estudo e nos 6 meses prévios e comparou-se o controlo metabólico (HbA1c), tendo em conta as diferentes combinações terapêuticas com AD tradicionais (perfis terapêuticos), existência de efeitos adversos (EA) e necessidade de interrupção terapêutica. RESULTADOS: Dos doentes seguidos na consulta, 56 iniciaram novos AD. Destes, 7 (12,5%) sob exenatido, 29 (51,8%) dapagliflozina e 20 (35,7%) liraglutido. Dos medicados com exenatido, 3 tiveram EA, apenas 1 manteve terapêutica; dos sob dapagliflozina, 7 registaram EA, tendo 2 suspendido a terapêutica; relativamente aos sob liraglutido, 8 tiveram EA, tendo-se interrompido em 3 deles. Encontrados 15 perfis terapêuticos. Os dados sugerem que destes perfis, os doentes medicados com dapagliflozina associada à insulina, metformina e inibidores da dipeptidil peptidase-4 obtiveram em média uma descida da HbA1c mais acentuada (-0,84), num tempo médio de tratamento de 157 dias. Relativamente ao liraglutido o perfil mais favorável verificou-se na associação com insulina e metformina (-0,78), num tempo médio de 364 dias. No doente com exenatido, não houve redução da HbA1c. CONCLUSÃO: Apesar de algumas limitações do estudo (pequena amostra, curto tempo de follow-up, ausência de população controlo) a análise permitiu comprovar a melhoria do valor de HbA1c nos doentes com dapagliflozina e liraglutido e a prevalência de EA que motivou a interrupção de fármacos.

PO-15-43

PERFIL EVOLUTIVO DO SINDROME METABÓLICO

Marta Freixa, André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: O síndrome metabólico (SM) engloba um conjunto de alterações metabólicas que majoram o risco cardiovascular, sendo basilar o seu diagnóstico e seguimento. Objectivos: Análise descritiva da evolução clínica e laboratorial dos doentes diagnosticados com SM. Métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise de processos clínicos, que consagra o tempo desde admissão em consulta até à última avaliação clínica. Resultados: (1) Incluíram-se 144 doentes; (2) o género masculino (GM) foi mais prevalente (63,2%), com idade média inferior na admissão 56,8±13,8 anos (vs61,8±12,5; p=0,025), com tempo de seguimento de 5,38 anos (vs5,89 anos; p=0,525). (3) Dos critérios de SM, 42,9% tinha hipertensão arterial, 58,5% glicémia jejum >100mg/dL (média 118,3±45,1mg/dL), 35,8% triglicéridos >150mg/dL (média 162,5±127,4mg/dL), 32,6% HDL <40/50mg/dL de acordo com o género (média 49,8±15.8mg/dL) e 50% dos homens e 100% das mulheres com perímetro abdominal aumentado. A maioria (66,7%) apresentava IMC >30kg/m2. (4) O GM apresentou maior prevalência de hipertensão arterial (p=0,033), diabetes mellitus (DM; p=0,099), tabagismo (p=0,005) e consumo de álcool (p<0,001), enquanto que o género feminino (GF) tinha mais insuficiência cardíaca (p=0,003). (5) Não obstante da terapêutica dirigida, durante o follow-up 89,9% mantiveram HDL<40/50mg/dL e 85,6% TAG ≥150mg/dL. (6) 53,5% dos doentes desenvolveram complicações, nomeadamente esteatose hepática (32,6%) e DM (18,1%). (6) A taxa de mortalidade global foi de 12.5%, mais prevalente no GM (66,7vs33,3%; p=0,8), mantendo-se a tendência na análise conjunta de morte e/ou complicação (70,1vs29,9%; p=0,036). Conclusão: Verifica-se que o SM é uma entidade heterogénea, com variação entre géneros – tendo-se verificado maior risco cardiovascular e maior taxa de mortalidade no sexo masculino, o que poderá ter importantes implicações na prevenção e tratamento.

PO-15-44

COMA METABÓLICO DE ETIOLOGIA RARA

Pedro Rouxinol, Marta Duarte, Domitília Faria, Carlos Santos, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 4

Introdução: O coma representa um desafio diagnóstico, não só pela impossibilidade de colaboração do doente no fornecimento de história clínica, mas também pela sua multiplicidade etiológica. A estratégia diagnóstica deve assentar numa correta avaliação do doente, complementada com informação clínica prévia disponível e recurso a Exames Complementares de Diagnóstico. Caso clínico: Homem, 45 anos, admitido no Serviço de Urgência por quadro de prostração e mutismo com 2 dias de evolução. Após avaliação psiquiátrica inconclusiva, apresenta deterioração rápida do estado de consciência, sem focalidade evidente. Registo de 2 episódios prévios semelhantes, com internamento, sem diagnóstico conclusivo. Nos antecedentes pessoais apenas de referir extrofia vesical congénita, submetido a correção cirúrgica no 1ºano de vida. Realizou TC-CE e Punção Lombar, que não identificaram alterações. Analiticamente com elevação da Ureia (111mg/dl) sem outras alterações. Admitido na UCI, onde após 24h de medidas de suporte recuperou estado de consciência com normalização da Ureia, sendo transferido para a Enfermaria, onde complementou estudo com RMN–CE que também não identificou alterações. Dado não existir informação clínica relativamente ao procedimento de correção cirúrgica, solicitou-se Uro-TC que identificou cloaca cirúrgica com ureterosigmoidostomia. Conhecidas as alterações metabólicas inerentes a esta reconstrução cirúrgica, solicitou-se doseamento de amónia - 325 ug/dl (27 – 102 ug/dl). Iniciou-se tratamento profilático com lactulose, mantendo-se o doente desde então assintomático. Conclusão: O coma pode ter múltiplas etiologias, estruturais e não-estruturais (infeciosa, tóxica, farmacológica ou metabólica). A derivação urinária com ureterosigmoidostomia promove o estado hiperamonémico, através da exposição da mucosa intestinal a elevados níveis de ureia, sendo uma das raras causas de coma hiperamonémico de etiologia não-hepática.

PO-15-45

DÉFICE DE COBRE SECUNDÁRIO A DOENÇA CELÍACA

João Fonseca, Sofia Brazão, José Eduardo Mateus, João Pedro Gomes, Diana Ferreira, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A deficiência de cobre é uma complicação pouco comum da doença celíaca. Nas últimas décadas, o défice de cobre foi associado a alterações hematológicas, psiquiátricas e neurológicas, como a mieloneuropatia degenerativa. Caso clínico: Mulher de 45 anos, raça branca, referenciada à consulta de Medicina em Março de 2015, por suspeita de fibromialgia. A doente apresentava dores intensas incapacitantes (10 em 10), inicialmente na região cervical, dorsal e ombros há mais de 5 anos, e nos últimos meses com irradiação para os membros inferiores e superiores, acompanhadas de disestesias. Os antecedentes incluíam perturbação da ansiedade generalizada, depressão major e enxaquecas, estando medicada com venlafaxina, ácido valpróico e lorazepam. Tratava-se de doente com fácies doloroso, destacando-se ao exame físico hiperalgesia e alodinia de várias regiões anatómicas, restante exame neurológico e musculoesquelético sem alterações. Nos exames complementares iniciais apresentava défice de cobre (Cu sérico 0,52mg/dL, confirmado em urina de 24h) e anemia ferropénica (Hb 10,8g/dL, VGM 80,4fL, ferritina 8 ng/mL), sendo os restantes normais: leucograma, bioquímica (vitamina B12, folato), sumária de urina, proteinograma, auto-anticorpos, serologias, RMN crânio-encefálica, e estudo neurofisiológico. Realizou ainda estudo de fezes (normal), anticorpos anti-gliadina IgA/IgG, anti-endomísio IgA e anti-transglutaminase IgA (com forte positividade), e endoscopia com biópsia do duodeno (compatível com doença celíaca). Estabelecido o diagnóstico de doença celíaca, a doente iniciou restrição

de glúten, desde então apresentou melhoria das queixas iniciais, bem como do quadro depressivo prévio, redução dos episódios de enxaqueca, e normalização do cobre sérico. Conclusão: O défice de cobre deve ser considerado no diagnóstico de transtornos neuropsiquiátricos atípicos. A doença celíaca pode ser causa de deficiência de cobre, mesmo na ausência de manifestações gastrointestinais.

PO-15-46

A MORTALIDADE NO SINDROME METABÓLICO

Joana Rodrigues, André Simões, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: O síndrome metabólico (SM) duplica o risco de morte e triplica o risco de morte cardiovascular, comparativamente com a população em geral. Objectivo: Estudo das características do doente com SM que se associam a mortalidade. Métodos: Estudo observacional retrospectivo baseado na recolha de informação de processos de doentes seguidos em consulta de SM, no momento da inclusão na consulta (T1) e na última consulta realizada (T2). Definiu-se como outcome a mortalidade de todas as causas. Análise estatística em SPSS v21. Resultados: Foram incluídos 144 doentes, seguidos durante 5,7±3,6 anos, com mortalidade de 12,5%. O género masculino é mais prevalente, no grupo de doentes com mortalidade (GM) e nos que não atingiram este outcome (66,7vs62,7%; p=0,8). A idade média é superior no GM, quer no T1 (71±11,5vs57±12,8 anos; p<0,001), quer no T2 (75±10,4vs63±12,7 anos; p<0,001). Na análise da variação dos critérios de definição de SM entre T1 e T2, no GM verifica-se: melhoria do peso (-3,0±7,3Kg; p=0,524); agravamento dos triglicéridos (10,8±88,2mg/dL; p=0,359), HDL (-6,1±16,3mg/dL; p=0,197), glicemia (20,3±46,4mg/dL; p=0,09) e HTA (39,6%; p=0,025). Verifica-se ainda no GM: diminuição inferior do colesterol total (-12,1±82,2mg/dL; p=0,501); agravamento do LDL (13,8±75,4mg/dL; p=0,035), HbA1c (0,5±1,8%; p=0,361), ureia (13,8±41mg/dL; p=0,356), creatinina (0,1±0,5mg/dL; p=0,287) e Hb (-1,1±1,9g/dL; p=0,027). Algumas comorbilidades estão associadas a maior risco de mortalidade – doença renal crónica (OR6,4; p<0.001), insuficiência cardíaca (OR2,1; p=0.039), cardiopatia isquémica (OR4,4; p=0.005), fibrilhação auricular (OR5,3; p=0.001) e acidente vascular cerebral (OR3,1; p=0.033). Conclusões: Na população estudada de doentes com SM verificou-se agravamento dos parâmetros analíticos e consequente desenvolvimento de complicações cardiovasculares, se associa a um risco aumentado de mortalidade, pretendendo-se destacar a importância do controlo precoce destes doentes.

PO-15-47

HIPONATREMIA DE CAUSA IATROGÉNICA

Pedro Rouxinol, Liliana Pedro, Domitília Faria, Carlos Santos, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 4

Introdução: A Hiponatremia é uma importante e frequente alteração electrolitica, cuja etiologia nem sempre é fácil de determinar. Definida como um nível sérico de Sódio < 135 mmol/l, considera-se grave quando < 125mmol/l. Caso clínico: Mulher, 77 anos, admitida no Serviço de Urgência por quadro de confusão, mal estar geral e astenia. Analiticamente com Sódio sérico de 118 mmol/L, Sódio urinário de 82 mmol/l, sem outras alterações. Antecedentes de fratura do colo do fémur em 2013 e posteriormente 6 episódios de internamento por Hiponatremia sintomática. Medicada cronicamente com terapêutica analgésica por queixas álgicas osteoarticulares. TC-CE, TC-Torax, RMN-CE realizados em internamentos prévios, sem alterações. Efetuou correção da natrémia com fluidoterapia. Durante a investigação diagnóstica, identificou-se como potencial agente causal, terapeutica crónica com tramadol. Suspendeu-se o tramadol, reajustando-se terapêutica analgésica sem recurso a fármacos opióides, e efectuou-se o seguimento da doente em ambulatório, mantendo até ao momento níveis estáveis de Sódio de 130 mmol/l e com bom controlo da dor. Conclusão: A iatrogenia medicamentosa é uma causa conhecida de Hiponatremia, sendo os Inibidores da Recaptação da Serotonina e os Opióides os fármacos mais ligados a este efeito adverso. Embora um efeito secundário raro do Tramadol, este deve ser considerado na avaliação de Hiponatremia secundária a SIADH.

PO-15-48

SINDROMA METABÓLICO – A PROGRESSÃO DO RISCO AO LONGO DA IDADE

André Ferreira Simões, Joana Rodrigues, Marta Freixa, Sara Úria, Glória Silva
HOSPITAL PULIDO VALENTE, CHLN; MEDICINA IIIC

Introdução: A síndrome metabólica (SM) é a agregação de factores de risco cardiovascular e está associada a um risco aumentado de diabetes, doença cardiovascular e renal. Objectivo: Categorização da idade em tercilos (tercil 1 <58.3anos, T1; tercil 2 58.3-70 anos, T2; tercil 3 >70 anos, T3) e análise das diferenças de acordo com grupo etário. Outcome: morte de todas as causas. Métodos: Estudo observacional retrospectivo baseado em processos clínicos de doentes seguidos em consulta de SM. Considerou-se tempo de seguimento desde admissão até à ultima visita clínica. Consideram-se eventos como doenças desenvolvidas após admissão (diabetes, DM; esteatose hepática, NASH; doença renal crónica, DRC; enfarte agudo do miocárdio, EAM). Resultados: Foram incluídos 144 doentes, 63.2% homens, com diminuição da sua prevalência ao longo do tercil (70.8%/67.3%/50%; p=0.087). Comparativamente, o T3 tem mais insuficiência cardíaca (8.5%/25.5%/38.6%; p=0.003), fibrilhação auricular (4.3%/7.8%/23.3%, p=0.011), e acidente vascular cerebral (0%/15.4%/20.9%; p=0.005), e menos tabagismo (29.9%/36%/13.6%, p=0.045). O T3 apresenta melhor controlo metabólico: triglicéridos >150mg/dL (46.7%/30.6%/30.2%, p=0.177), LDL>100mg/dL (45.8%/46.2%/34.1%, p=0.668), HDL <40/50mg/dL (35.4%/32.7%/29.5%, p=0.835), colesterol não-HDL >130 mg/dL (62.5%/51.9%/43.2%, p=0.177). Ao longo do seguimento (2063±1319 dias), o T3 desenvolveu mais DRC (4.3%/23.1%/46.5%; p<0.001), mais EAM (0%/0%/7%, p=0.025), e menos NASH (45.8%/32.7%/18.2%, p=0.018); não houve diferença relativamente a DM (p=0.703). A mortalidade global foi de 12.5%, mais frequente no género masculino (66.7% vs 33.%, p=0.8), com maior prevalência no T3 (29.5%; p<0.001). Considerando-se morte ou evento, o género masculino é mais afectado (70.1% vs 29.9%, p=0.036). Conclusão: com a progressão da idade há maior tendência para complicações cardiovasculares e doença renal, reforçando-se a importância no tratamento precoce das variáveis do SM.

PO-15-49

ALTERAÇÃO IÓNICA COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA

Filipa Cardoso, Mário Ferraz, Filipe Damião, Marta Soares, Madalena Vincente, Anna Taulaigo, Ana Lladó, Cláudia Mihon, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: O síndrome de excreção inapropriada de hormona anti-diurética (SIADH) resulta da secreção inapropriada e contínua desta hormona, causando uma diminuição da excreção de água. Para compreender a sua sintomatologia e fisiopatologia, é necessário ter em mente que a hiponatremia resulta de um excesso de água e não de uma deficiência de sódio. Caso clínico: Homem, 62 anos, com história conhecida de derrame pleural crónico e doença do interstício do pulmão, em estudo desde 2006, tendo recusado exames invasivos para melhor esclarecimento etiológico. Da medicação habitual, destaca-se ausência de psicofármacos. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com 2 meses de evolução de cansaço, dispneia para pequenos-médios esforços e náuseas. Da avaliação analítica a destacar uma hiponatremia 114 mEq/l. Do estudo etiológico a destacar uma hiponatremia euvolemica, osmolaridade sérica diminuída, osmolaridade urinária > 100 mOsm/kg, Sódio urinário > 40 mEq/l e hipouricemia <4 mg/dl, com função renal e tiroideia normais, sem hipocortisolemia, hiperglicemia ou hipertrigliceridemia. Por este motivo, foi admitido SIHAD como causa da hiponatremia. Realizou TC-TAP que revelou lesão pseudo-nodular no lobo inferior direito, que não foi possível abordar, uma vez que o doente apresenta um risco cirúrgico demasiado elevado. Os restantes exames não revelaram alterações relevantes. Sob dieta personalizada, com restrição hídrica, assim como fluidoterapia com soro hipertónico e diurético de ansa, constatou-se uma melhoria progressiva da hiponatremia, à data da alta com valores de 130 mEq/l, com indicação para restrição hídrica e incentivo à ingestão de sal. Conclusão: Com este caso, os autores pretendem salientar a

marcha diagnóstica de hiponatremia. Evidencia-se uma alteração hidro-electrolítica grave com tradução clínica mínima, que necessita de uma correcção adequada para não causar alterações neurológicas permanentes e cuja causa nem sempre é possível erradicar.

PO-15-50

QUANDO O EXCESSO DE ZELO É NEFASTO PARA O DOENTE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Lourenço, Daniela Marado, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA B

Introdução A história natural da Diabetes Mellitus (DM) pode levar ao desenvolvimento de complicações macro e microvasculares. Existem casos descritos de uma forma de neuropatia em diabéticos que pode ser consequência do rápido controlo glicémico, após tratamento. Caso Clínico Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 33 anos de idade com DM tipo 1 diagnosticada em 2006, com uma má adesão ao tratamento e consequente mau controlo glicémico, embora sem complicações conhecidas. Em Junho de 2011 foi observado no Hospital de Dia de Diabetes, apresentando níveis de HbA1c de 14.2%, sob esquema convencional de insulina (Novomix® 30 2id). Nessa altura, iniciou esquema intensivo de insulinoterapia com Lantus® id e Humalog® 4-6 administrações/dia, com controlo médico semanal. Verificou-se uma redução da HbA1c para 11% em Setembro e para 6% em Dezembro de 2011. Durante este período, o doente desenvolveu um quadro clínico caracterizado por parestesias e dor em queimadura a envolver as extremidades dos membros, principalmente dos inferiores. Ao exame neurológico, foram objetivadas disestesias até ao nível da região médio-tibial, bilateralmente, reflexos aquilianos abolidos bilateralmente, reflexos patelares muito menos vivos que os despertados nos membros superiores, não se identificando alterações da sensibilidade proprioceptiva. Realizou estudo analítico geral, que foi normal e, por suspeita de uma polineuropatia secundária a um controlo metabólico demasiado rápido, iniciou tratamento com amitriptilina, gabapentina e paracetamol/tramadol, com resolução gradual da sintomatologia. Conclusões Não é conhecida a dimensão populacional de diabéticos com uma polineuropatia iatrogénica. A sua gravidade clínica parece estar relacionada com a magnitude e velocidade de descida dos níveis séricos de HbA1c. A correção do perfil glicémico dos doentes deverá ser sempre gradual de modo a evitar o desenvolvimento deste tipo de sintomatologia.

PO-15-51

O CÁLCIO ASSASSINO

João Gonçalves, Joana de Castro Rocha, Inês Furtado, Mariana Meireles, Fernando Gonçalves, João Araújo Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A hipocalcemia grave é um distúrbio eletrolítico com elevado potencial de mortalidade considerando o risco de complicações arrítmicas e respiratórias. Este caso demonstra a complexidade da abordagem quando a hipocalcemia se associa a outros deficits iónicos. Doente de 58 anos autónomo com síndrome metabólico e insuficiência cardíaca de etiologia isquémica com depressão grave de função do ventrículo esquerdo. Recorreu ao SU por queda com TCE apos sincope. Apresentaria quadro de diarreia aquosa com cerca de 2 duas semanas evolução associada ao surgimento de parestesias das extremidades. Objetivada hipocalcemia e hipocalemia graves. Iniciada perfusão de cálcio EV sendo que se observou desenvolvimento de vómitos, mioclonias, agitação psicomotora e posteriormente tetania que evoluiu para paragem cardiorrespiratória. Reanimação após realização de suporte avançado de vida. Do estudo destaca-se a presença de melhoria da hipocalcemia mas constatava-se hipomagnesemia, hiperfosfatemia, rabdomiolise e lesão renal aguda. Foi admitido na unidade de cuidados intensivos onde evoluiu de forma favorável com resolução de disfunções após fluidoterapia e reposição dos deficits electrolíticos. Verificada a presença de deficit de Vitamina D e elevação da PTH. Revendo processo observou-se registo de hipocalcemia já presente em fevereiro de 2014. Assumiu-se quadro de agravamento de hipocalcemia por diarreia auto-limitada no contexto de hipovitaminose D cronica. O agravamento paradoxal da clínica de hipocalcemia apos início da perfusão de cálcio EV pode explicar-se pelos efeitos antagonistas deste sobre os efeitos do magnésio a nível da membrana. Este efeito poderia justificar agravamento de hipomagnesia identificada no doente com surgimento da clinica em tudo semelhante a expectável na hipocalcemia. Este caso clínico levanta a questão sobre a necessidade de avaliar a presença de deficit de magnésio previamente a iniciar correção com cálcio endovenoso

PO-15-52

HIPERPARATIROIDISMO TERCEÁRIO SECUNDÁRIO A HIPOVITAMINOSE D

Daniel Rei, Patrícia Gomes Pereira, Daniel Alves, Diogo Martins, Carolina Paulino, Luis Coelho, Joana Silvestre, Bernardino Valério, Vitor Mendes, Camila Tapadinhas, Pedro Póvoa
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DO CHLO- HSFXAVIER

INTRODUÇÂO: O hiperparatiroidismo terceário (HPT3) caracteriza-se pela produção excessiva de Paratormona (PTH) na ausência de estímulo para a sua secreção, resultado de um hiperparatiroidismo secundário (HPT2) crónico que conduz à hiperplasia glandular. Assim, são causa frequente de HPT2 a Doença Renal Crónica e o déficit de Vit. D. CASO CLÍNICO: mulher, 48 anos com história de Gastrectomia parcial com anastomose em Y-Roux e transversectomia após úlcera gástrica perfurada em 2001, com pós operatório imediato complicado por fístulas e Caquexia sem medicação habitual e com abandono de várias consultas. Internada por choque séptico secundário a pneumonia pneumocócica com necessidade de ventilação mecânica e suporte vasopressor. Por caquexia e suspeita de perfuração de víscera oca iniciou alimentação parentérica e realizou TC abdómen que revelou trajecto fistuloso gastro-cólico com sonda nasogástrica no seu interior. Por hipercalcémia , hipofosfatémia e elevação da Fosfatasa Alcalina realizou estudo do metabolismo fosfo-cálcio que revelou: déficit de Vit. D (20 ng/ml) e elevação de níveis de PTH (174 pg/ml). Realizou tratamento com Colecalciferol e fosfato com melhoria. CONCLUSÃO: a correcta interpretação dos dados laboratoriais do metabolismo fosfo-cálcio é fundamental para o diagnóstico atempado do HPT, tanto mais que, o tratamento precoce do HPT2 pode impedir a evolução para um HPT3 e evitar a degradação óssea e a necessidade de intervenção cirúrgica. Nesta doente, o síndrome de má absorção e a má nutrição crónicas estiveram na génese da hipovitaminose D e, consequentemente, do HTP3.

PO-15-53

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL GLICÉMICO DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Ana Silva Fernandes, Ana Teresa Goes, António Caetano, Henrique Rita, José Sousa e Costa
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - SERVIÇO DE MEDICINA

Introdução: A prevalência da Diabetes mellitus (DM) é crescente no nosso país, aumentando o número de internamentos de doentes diabéticos. No entanto não só a DM mas também a hiperglicemia em internamento são subvalorizadas nos Serviços. Objetivo: Caracterizar o perfil glicémico dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Material e métodos: Realizada uma avaliação transversal no dia 26.02.2016 às 12horas numa enfermaria de Medicina Interna. Os doentes foram definidos como diabéticos recorrendo à consulta do processo clínico informatizado. Controlo glicémico avaliado pelas glicémias (GC) mínima e máxima nas 24horas precedentes (hipoGC <70mg/dL; normoGC 71-169mg/dL; hiperGC >170mg/dL). Avaliada duração do internamento, terapêutica corticóide sistémica em curso (TCS) e diagnóstico categorizado em infeção/não infeção. Resultados: Dos 54 doentes internados, 21 apresentavam diagnóstico de DM (todos tipo 2), 6 encontravam-se sob TCS (2 dos quais sem registo de GC). A HbA1c determinada até 3 meses antes do internamento encontrava-se disponível em 18 doentes (média de 6.6%). Apenas 40% dos doentes se encontravam normoglicémicos e os esquemas escalonados foram os métodos terapêuticos mais utilizados (média de 4U/dia administradas). O grupo com tempo de internamento entre 8-14 dias apresentou a maior taxa de insulinização. Em 2 doentes foi efectuada terapêutica oral com metformina. Paradoxalmente a taxa de insulinização foi maior no grupo “infecção” (que correspondia a 48% dos

doentes). Discussão: O controlo glicémico dos doentes internados é inadequado apesar da elevada prevalência de DM assim como a frequente e tão negligenciada hiperglicemia no internamento, com taxas de insulinização baixas principalmente nas primeiras duas semanas de internamento, pelo que deverão ser implementados protocolos a fim de que o internamento constitua uma mais-valia no controlo e educação terapêutica do diabético.

PO-15-54

TIROIDITE AUTOIMUNE E GRAVIDEZ OU ALGO MAIS?

Sara Macedo, Mónica Teixeira, Andreia Correia, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Introdução: Os adenomas hipofisários são os tumores mais comuns da hipófise, representando 10 a 15% destes.Segundo o tamanho, classificam-se em microadenomas se apresentar <10 mm ou macroadenomas se >10 mm.Um número significativo destes impede a secreção de qualquer hormona, provocando alterações neurológicas e alterações hormonais. O hipopituitarismo resulta do mau funcionamento total ou parcial da hipófise. Pode condicionar um défice seletivo de uma ou mais das hormonas, pelo que os sintomas da doença estão relacionados com o tipo de défice existente. Caso Clínico: Mulher de 40 anos, com antecedente de asma, septoplastia(2000), gripe A(2009) e nódulo tiroideu diagnosticado há 9 anos, referenciada à consulta de Medicina Interna por hipotiroidismo autoimune (atualmente medicada com 100 mcg de levofloxacina 100mcg) que tentava engravidar há 2 anos. Menarca aos 14 anos, menstruações regulares com fluxo elevado, sem hirsutismo, sem galactorreia. Sem toma de anticoncecionais. Analiticamente: aumento de TSH, diminuição LH, FSH e estradiol. Cortisol sérico, prolactina, ACTH, ADH, hormona de crescimento e T4L sem alterações. Posteriormente referiu diminuição marcada da libido desde os 32 anos de idade após nascimento do filho. Ecografia útero: diminuição da espessura uterina. TC sela turca: "(…) pequena área intra-glandular, localizada na adeno-hipófise, em topografia paramediana direita, discretamente hipodensa e com discreta hipocaptação(…) não ultrapassando 3 mm de maior diâmetro, que poderá traduzir microadenoma hipofisário.(…)" Neste contexto, realizou RMN para posterior referenciação para consulta de Endocrinologia. Conclusão: A baixa concentração de estradiol no soro e/ou a amenorreia indicam deficiência de estradiol secundária à deficiência de gonadotrofinas.Neste caso, a reposição hormonal é o tratamento indicado, além da abordagem cirúrgica da lesão.

PO-15-55

HIPERCALCÉMIA INDUZIDA PELO LÍTIO- A IMPORTÂNCIA DA SUA VIGILÂNCIA

Gabriel Atanásio, Sara Pipa, Andreia Seixas, Cristina Pinto, Vitor Paixão Dias.
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA E ESPINHO. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A hipercalcémia é uma alteração iónica frequente, sendo a sua principal etiologia o hiperparatiroidismo primário. Existem, no entanto, outras causas possíveis, nomeadamente farmacológicas, como é o caso da terapêutica com lítio. O lítio é um estabilizador de humor reconhecido como importante arma terapêutica na doença bipolar (DP). No entanto tem efeitos adversos, nomeadamente o hiperparatiroidismo. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher com 75 anos de idade, com antecedentes de DP medicada com Carbonato de lítio 400mg, 2 vezes dia. Em estudo analítico de rotina detetada hipercalcémia corrigida de 11,1 mg/dL (normal:8,4mg/dL - 9,7 mg/dL), assintomática. Análises subsequentes revelaram creatinina sérica 1.00mg/dL (normal: 0.51-0.95mg/dL), paratormona 125.9 pg/dL (normal: 15-65pg/mL), 25-hidroxi-vitamina D 69nmol/L (normal: 62.5-200nmol/L) e lítio em níveis terapêuticos. A cintigrafia das glândulas paratiroides negou a existência de tecido hipercaptante. Após exclusão de mieloma múltiplo, foi assumido o diagnóstico de hipercalcémia induzida pela terapêutica com lítio. Dado que a doente se apresentava assintomática e a hipercalcémia era ligeira foi decidido manter a medicação habitual com vigilâncias clínica e analítica regular. Cerca de 15% dos doentes com prescrição de carbonato de lítio desenvolvem algum grau de hipercalcémia. O mecanismo responsável, embora ainda não completamente esclarecido, parece resultar da estimulação da produção de paratormona, do aumento da reabsorção de cálcio pelo rim e da diminuição da sensibilidade da paratiroide aos níveis de cálcio circulantes. Os autores pretendem demonstrar a importância da monitorização da calcemia em doentes sob terapêutica com lítio dadas as complicações potencialmente fatais em caso de elevação sérica secundária.

PO-15-56

DOENÇA RENAL DIABÉTICA – DESAFIOS NA CONSULTA DE DIABETES

André Rodrigues, Sara Sarmento, Joana Dias, Sara Donato, Dora Sargento, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - SERVIÇO DE MEDICINA III C DO HOSPITAL PULIDO VALENTE

A Doença Renal Diabética (DRD) ocorre em cerca de 20-40% dos doentes diabéticos e constitui a causa mais comum de doença renal terminal. A nefropatia que se associa à Diabetes Mellitus (DM) frequentemente surge antes do declínio da função renal, sendo que a sua identificação e intervenção precoce é fundamental na prevenção da DRD. Objetivo: Caracterizar a DRD numa consulta de DM, relacionando com tempo de evolução da DM, controlo metabólico e pesquisa de albuminúria. Métodos: Estudo observacional retrospetivo, de doentes com DM tipo 2 seguidos em consulta de DM durante o ano de 2015. A pesquisa de albuminúria teve por base no ratio albumina/creatinina urinária (UACR), sendo positivo se ≥ 30 mg/g. A Taxa de Filtração Glomerular (TFG) foi calculada através da fórmula CKD-EPI e a alteração da função renal foi definida como TFG < 60 mL/min. Resultados: Total de 175 doentes, 56% do sexo feminino, com média de idades de 71±22,5 anos. HbA1C média 7,2%±3,8. 33% apresentavam TFG < 60 mL/min, sendo que destes, 24% estavam a ser seguidos em consulta de Nefrologia. Do total de doentes, 35,4% apresentavam UACR ≥ 30 mg/g (7,4% com UACR ≥300), mais significativa nos estadios 4 e 5 (GFR-KDIGO). Tempo médio de evolução da DM: 17,5 ±8,8 anos. Observou-se declínio da função renal principalmente nos doentes com mais de 20 anos de evolução de DM. 30,3% apresentavam HbA1C < 6,5% e 7,4% apresentavam HbA1C > 9,5%, com maior prevalência de albuminúria neste último grupo (54,4% versus 41,3%). Discussão: A DRD constitui umas das principais complicações da DM. Apesar de relacionadas, nem sempre o declínio de função renal se acompanha por albuminúria e vice-versa. Na população mais idosa, o tempo de evolução avançada e as comorbilidades associadas tornam a abordagem deste problema ainda mais desafiante. Pela morbimortalidade inerente a albuminúria associada a DRD, esta deve ser identificada precocemente.

PO-15-57

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO – 2 CASOS CLÍNICOS

Gonçalo Samouco, Sónia Canadas, Pedro Vieira, Rita Fernandes, João Correia
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA – HOSPITAL SOUSA MARTINS, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução e Objectivos: O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma das principais causas de hipertensão arterial (HTA) secundária, devendo ser suspeitado principalmente em doentes jovens com HTA refractária à terapêutica ou associada a hipocaliémia. As etiologias mais frequentes desta entidade são os adenomas da supra-renal secretores de aldosterona e a hiperplasia da supra-renal. A propósito desta entidade os autores relatam dois casos clínicos, dado tratar-se uma causa importante de HTA secundária que está associada a maior taxa de eventos cardiovasculares comparativamente à HTA essencial, mas que muitas vezes é subestimada e subdiagnosticada. Descrição dos casos: Caso clínico 1 – Mulher de 43 anos, com diagnóstico de HTA há 11 anos. Com mau controlo tensional sob terapêutica com valsartan e hidroclorotiazida e queixas arrastadas de astenia. Analiticamente destacava-se hipocaliémia grave e níveis elevados de aldosterona plasmática com baixa actividade da renina. A TC do abdómen revelou um adenoma da supra-renal esquerda. Medicada inicialmente com espironolactona, que suspendeu após adrenalectomia esquerda, mantendo bom controlo tensional. Caso clínico 2 – Mulher de 37 anos, com HTA, não medicada e não controlada, e com queixas recorrentes de cefaleias. Referenciada por aumento de dimensões da supra-renal esquerda em exame imagiológico. Ao exame físico com cabelo e unhas enfraquecidos. Apresentava

níveis elevados de aldosterona plasmática e baixos de renina activa. Repetiu TC do abdómen que revelou nódulo na supra-renal esquerda. Manteve-se sobre terapêutica médica com espironolactona, com bom controlo tensional. Conclusão: Os casos apresentados permitem realçar a importância do HAP como hipótese diagnóstica em jovens com HTA, bem como evidenciar duas abordagens terapêuticas distintas, médica e cirúrgica, ambas com sucesso terapêutico nos referidos casos.

PO-15-58

PATOLOGIA NODULAR DA TIRÓIDE: CASUÍSTICA DE UM ANO NUM HOSPITAL DISTRITAL

Sónia Canadas, Paulo Roboredo, Filipa Fernandes, Gonçalo Samouco, Pedro Vieira, Ana Teresa Moreira, Rodrigo Maia Alves, Rita Fernandes, Heidy Cabrera, João Correia
ULS GUARDA - HOSPITAL DE SOUSA MARTINS - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: A patologia nodular da tiróide é um dos principais motivos de referenciação à consulta de Medicina Interna (MI). A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) tem um papel central na abordagem diagnóstica dos nódulos tiroideus. O objectivo deste trabalho foi caracterizar a população da consulta de MI que realizou PAAF durante o ano de 2015. Material e Métodos: Avaliaram-se retrospectivamente 199 processos de doentes submetidos a PAAF durante o período do estudo, tendo-se excluído 29 doentes por informação incompleta. Resultados:Do total de 170 doentes, 155 (91,2%) eram do género feminino e 15 (8,8%) do género masculino, apresentando uma idade média de 60,86±15,22 anos (mínino 24;máximo 87). 54 (31,8%) dos doentes manifestavam sintomas acompanhantes. Em 72 (42,4%) dos doentes constatou-se nódulo palpável e 68 (40%) apresentavam-se com alteração da função tiroideia. A maioria dos doentes (87,1%) apresentava múltiplos nódulos, sendo que os nódulos analisados tinham em média 20,34±9,05 mm e 96 (56,5%) dos quais com características ecográficas suspeitas. Das PAAF realizadas, 91,2% foram ecoguiadas. Em relação ao resultado citológico segundo a classificação de Bethesda, constatou-se que 28 (16,5%) foram não diagnósticas, 129 (75,9%) foram benignas, 8 (4,7%) revelaram atipia folicular de significado indeterminado, 2 (1,2%) neoplasia folicular e 3 (1,8%) foram suspeitas de malignidade. Em 19 doentes procedeu-se à repetição da PAAF, sendo que em 7 houve alteração do resultado citológico. Dos 8 doentes encaminhados para cirurgia, 8 têm resultado histológico da peça cirúrgica disponível – 2 de carcinoma papilar variante clássica, 1 de carcinoma papilar variante folicular e 5 de adenomas foliculares. Conclusão: Os resultados obtidos nesta série estão concordantes com o descrito na literatura - a maior prevalência de nódulos tiroideus no sexo feminino, a sua grande prevalência em idosos e que apesar da sua elevada prevalência, a incidência de patologia maligna é baixa.

PO-15-59

HIPONATRÉMIA: O DIAGNÓSTICO OCULTO

Ana Sofia Costa Matos, Ana Rita Cambão, Ana Margarida Peixoto, Ana Nascimento, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1

A Hiponatrémia (HipoNa) é a alteração hidroeletrolítica mais frequente a nível hospitalar. No estudo etiológico deve ser considerada a osmolalidade (OMS) plasmática, podendo esta encontrar-se elevada, normal ou baixa. No último grupo estão enquadradas, com maior frequência, as verdadeiras HipoNa da prática clinica. Caso clínico: Homem, 65 anos, autónomo, fumador, com história de neoplasia maligna da língua há 8 anos, submetido a excisão cirúrgica alargada com necessidade de alimentação por PEG. Medicado habitualmente com omeprazol 20mg id, zolpidem 10mg id e tansolusina 0,4mg id. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por apatia, lentificação psicomotora, alteração do comportamento, desorientação temporo-espacial e fraqueza com um mês de evolução. Apresentava-se agitado, mas hemodinamicamente estável, apirético e sem sinais de hipervolémia. Do estudo analítico sumário no SU destaca-se anemia normocítica e normocrómica, sódio 110mmol/L com função renal e potássio normais. Iniciada correção da HipoNa com soro fisiológico, mas com agravamento analítico. Do estudo posterior destacada OSM plasmática 259mOsm/Kg, OSM urinária 566mOsm/Kg, hormona antidiurética (ADH) 5,43pg/ml, ácido úrico indoseável, com hormonas tiroideias, cortisolémia e albubinémia normais. A tomografia computorizada cervical e torácica excluiu recidiva da loca cirúrgica, mas revelou neoplasia de contornos espiculados no lobo superior do pulmão direito, sugestiva de malignidade. Realizada biópsia pulmonar guiada por TC que confirmou diagnóstico de carcinoma pulmonar de pequenas células. O Síndrome de Secreção Inadequada da Hormona Antidiurética (SIADH) é definido pela presença de HipoNa euvolémica, hiposmolalidade plasmática e OSM urinária superior a 100mOSm/Kg, tipicamente com hipouricemia. O carcinoma pulmonar de pequenas células é uma neoplasia com capacidade neuroendócrina, existindo em cerca de 4% dos casos SIADH sintomático.

DOENÇAS ENDOCRINAS E METABÓLICAS — LCD #15

PO-15-60

CARDIOPATIA ISQUEMICA E DIABETES

Liliana Saraiva, Darlene Adolfo, Marcos Oliveira, Hugo Almeida, Cristina Matos, João Correia, Carla Henriques
HOSPITAL SOUSA MARTINS

A diabetes mellitus é um dos distúrbios metabólicos mais comuns no mundo, as complicações a longo prazo manifestam-se na forma de doença micro e macrovascular, nomeadamente doença cardiovascular (DCV). A associação da diabetes e DCV está demonstrada estimando-se que dos doentes com síndrome coronário agudo (SCA), 24-30% são diabéticos. O presente estudo pretende caracterizar os doentes com DCV de forma a determinar a existência de um padrão, entre os doentes diabéticos que permita antecipar e prevenir a ocorrência do SCA, para futuramente criar um algoritmo de seguimento. Selecionaram-se aleatoriamente doentes inscritos na consulta de diabetes de um hospital, que cumpriam os critérios de inclusão: mais de 45 anos, diabetes tipo 2, história de SCA ou rastreio cardíaco positivo. Foram avaliadas as seguintes características há data do SCA ou do rastreio positivo: idade, sexo, IMC, glicémia, HbA1c, comorbilidades, terapêutica antidiabética e coadjuvante usada antes e depois, exames complementares de diagnóstico realizados, extensão da doença coronária. Análise estatística em SPSS versão 22. Os resultados preliminares revelaram que entre os 50 doentes selecionados, 66% eram homens e 34% mulheres, dos quais 38 tiveram um único SCA ou rastreio positivo, enquanto 12 deles tiveram múltiplos eventos. Entre os primeiros, o estudo foi realizado por rastreio cardíaco em 36,8%, por angina estável em 5,3%, por angina instável em 13,2% e por EAM em 42,1%. Em suma os resultados preliminares indicam que os doentes que apresentam um SCA ou rastreio cardíaco positivo têm em média entre 59,6 a 63 anos, uma duração de entre os 12 e os 13,2 anos, um IMC que varia entre 28,3 e 26,56 Kg/m2, uma HbA1c entre 8,0 e 7,9%, uma glicémia no evento entre 210,7 e 242 mg/dL. Entre 62,2 e 63,2% apresentam concomitantemente HTA. Os doentes com eventos múltiplos têm um risco acrescido de recidiva da doença coronária, sendo os tratamentos, nomeadamente de revascularização, menos eficazes.

OUTROS — LCD #15

PO-15-61

ERITEMA MULTIFORME - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Ana Catarina Emidio, Gonçalo Mendes, João Tavares, Carlos Carvalho, Mário Parreira, Beatriz Navarro, Filomena Mesquita
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - SERVIÇO DE MEDICINA

Objetivos: Investigar a relaçao entre o tamoxifeno (TMX) e patologia endometrial em doentes com cancro da mama (CM). estudar o prognóstico do cancro endometrial (CE) asociado ao TMX. Métodos: O estudo incluiu 2436 doentes com CM e 422 doentes de CE. Foi utilizado o software estatístico SPSS-15.0 para Windows. Análise das variáveis qualitativas (teste do ´qui-quadrado´ ou teste exato de Fisher), quantitativas (teste ´t-student´ ou ´ANOVA´). A análise de sobrevivência: método de Kaplan-Meier e teste de Log Rank. Resultados: 90.5% (2205 de 2436) das mulheres comCM nunca desenvolveram doença endometrial

proliferativa. 7.26% desenvolveram pólipos endometriais (77% posteriores ao CM), 0.57% hiperplasia endometrial e 0.16% desenvolveram metastases no endometrio. 1% (24 de 2436) do total de doentes com um CM desenvolveram um CE após o diagnóstico de CM Conclusoes: O rsico relativo de desenvolver um CE em doentes de CM tratadas com TMX foi 2.4 vezes maior o que aqueles que nao receberam TMX (p=0.05). O CE asociado ao TMX apresentou peor prognóstico.

PO-15-62

AVALIAR O SONO NO CONTEXTO DA MEDICINA INTERNA – COMO, QUANDO E PORQUÊ?

Sandra Marques
CLÍNICA DOS LUSÍADAS DE ALMADA

O sono é um estado multidimensional complexo pois não só influência o funcionamento de todos os orgãos e sistemas orgânicos como também é influênciado pelos mesmos. A necessidade de dormir varia de indivíduo para indivíduo e ao longo da vida. Em média, um adulto necessita de dormir cerca de 8h/dia, o que representa 1/3 da vida. A perturbação e/ou a privação de sono pode alterar o pensamento, o raciocínio e o comportamento e tem impacto negativo na saúde em termos físicos, mentais e emocionais. A American Academy of Sleep Medicine classifica as perturbações do sono nos principais grandes grupos: Insónia; Perturbações Respiratórias do Sono, sendo, a apneia do sono, a mais frequente; Hipersonolência de Origem Central, onde se inclui a narcolépsia; as Perturbações do Ritmo do Sono/Vigília, com o jetlag e o trabalho por turnos; as Parassónias como o sonambolismo ou as perturbações associadas ao sono REM; e as Perturbações do Sono associadas a Perturbações do Movimento como a sindrome das pernas inquietas. Parecendo uma area da medicina tão específica e independente, as alterações do sono encontram-se em quase todos os doentes com doenças crónicas que são paradigmas da Medicina Interna: HTA, Obesidade, Diabetes Mellitus 2, EAM, AVC, Dor Crónica, Parkinson, Depressão ou Doença Autoimune. A melhoria das perturbações do sono, desde a apneia, a sindrome das pernas inquietas, à insónia ou os hábitos de higiene de sono, permite melhorar a qualidade de vida dos doentes e controlar mais facilmente doenças crónicas associadas. É o caso, por exemplo, da HTA resistente e/ou a HTA não-dipper que obrigatoriamante deve levar a uma investigação no sentido de avaliar uma apneia obstrutiva do sono. Também, identificar certas alterações no sono REM permite prever, em mais de 90%, um risco de desenvolvimento de Doença de Parkinson. Coloca-se assim a questão: como identificar as perturbações do sono, quando e porquê suspeitar das mesmas e as diferentes opções terapêuticas disponíveis.

PO-15-64

SÍNDROME DE DRESS DISSIMULADO POR QUADRO DE DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA

Sílvia Nunes, Sara Pereira, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - MEDICINA INTERNA

Homem de 48 anos, com antecedentes de Epilepsia, medicado com fenitoína. Observado no Serviço de Urgência após crise convulsiva, tendo-se documentado febre (39ºC) e prostração, sem défices focais. Referido rash cutâneo difuso resolvido com prescrição de hidrocortisona endovenosa, uma semana antes da admissão A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica, não tinha alterações. Realizada punção lombar, tendo-se verificado leucorráquia e proteinorráquia discretas. Iniciou dexametasona, vancomicina, ceftriaxone e ampicilina. Até ao 7º dia de internamento, apesar da melhoria do estado de consciência, mantinha febre sustentada, subida dos parâmetros inflamatórios e disfunção hepatocelular. Realizou ressonância magnética nuclear crânio-encefálica, electroencefalografia, marcadores víricos e serologias plasmáticas que não tinham alterações. Ao 9º dia de internamento suspendeu-se antibioterapia. Ao 10º dia de internamento mantinha febre, e disfunção orgânica e apresentou rash morbiliforme no tronco, membros e face com edema da língua. O hemograma apresentou eosinofilia e linfócitos atípicos. Na TC tóraco-abdómino-pélvica foram documentadas adenomegalias pericentimétricas disseminadas. Reunidos os critérios de Síndrome de DRESS, foi iniciado Prednisolona e susbstituiu-se a fenitoína por valproato de sódio. Apesar de corticoterapia o doente manteve febre, lesões descamativas extensas com exsudação purulenta, disfunção hepatocelular e coagulopatia com consumo de fibrinogénio. Após isolamento nas hemoculturas de Staphylococcus aureus sensíveis à meticilina e na urocultura de Staphylococcus aureus resistentes à meticilina, suspendeu Meropenem (empirico) e iniciou Linezolide. Posteriormente permaneceu apirético, com lesões descamativas, em resolução, medicado com prednisolona, tendo tido alta. Mantém-se assintomático.

PO-15-65

LÍTIO - UMA FACA DE DOIS GUMES

Paulo Zoé Costa, Sónia Canadas, Rodrigo Maia Alves, Francisco Morgado, Andreia Póvoa, Pedro Vieira, Orlando Mendes, João Correia
HOSPITAL SOUSA MARTINS - ULS DA GUARDA

Introdução: O lítio é um elemento simples que se encontra na natureza. Constitui também um fármaco importante nas perturbações afectivas recorrentes. Contudo, a sua utilização é limitada pela estreita margem terapêutica e pelas várias interacções medicamentosas. Objetivo: mostrar as diversas causas da intoxicação por lítio, através do relato do caso clínico de um doente admitido no Serviço de Urgência. Método: revisão do episódio de urgência, processo clínico de internamento e literatura. Caso Clínico: Mulher, 62 anos, com antecedentes de patologia psiquiátrica e hipertensão arterial, observada na Urgência por dispneia, prostração, lipotímia e vómitos desde há 1 semana. Trata-se de uma doente medicada com lítio, enalapril, hidroclorotiazida, melperona, lorazepam e carbamazepina. Os familiares da doente negavam febre e diarreia. Além da hipertermia e da desorientação temporal e espacial, o exame físico não revelava alterações. Analiticamente evidenciava leucocitose sem aumento de parâmetros inflamatórios, com elevação da ureia e da creatinina. Dada a medicação habitual, foram doseados os níveis séricos de lítio, que se encontravam em valores tóxicos. Concluído, assim o diagnóstico de intoxicação por lítio. A doente esteve internada para o tratamento, com o objectivo de melhorar a função renal e a hidratação, de modo a eliminar o lítio em excesso. Resultados: após instituição de terapêutica evoluiu favoravelmente, tendo tido alta. Conclusões: Serve para chamar atenção, que as causas da intoxicação por lítio poderiam ser variadas, nomeadamente desidratação, deterioração da função renal e interação de alguns fármacos, sendo diuréticos tiazídicos e inibidores da enzima de conversão da angiotensina são os mais referidos na literatura.

PO-15-66

KIMURA: UMA DOENÇA ÓRFÃ?

Luciana Sousa, Ilídio Brandão
HOSPITAL DE BRAGA -SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A doença de Kimura, uma doença rara caracterizada por nódulos subcutâneos, localizados principalmente na região cervical, frequentemente acompanhados por adenopatias locais e/ou hipertrofia das glândulas salivares. Associadamente os doentes podem apresentar eosinofilia, elevação de IgE circulante e síndrome nefrótico. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão e corticoterapia para as formas recorrentes ou se envolvimento renal. CASO CLÍNICO: Homem, 81 anos, antecedentes de hipertensão arterial, gastrite crónica e hiperplasia benigna da próstata. Referenciado à consulta por adenopatias cervicais e gamapatia monoclonal. Sem emagrecimento, rash, febre ou outras queixas. À inspecção e palpação cervical apresentava tumefações de consistência elástica e indolores, localizadas ao longo do músculo esternocleidomastóideu esquerdo, com cerca de 2cm de maior diâmetro. Analiticamente salientava-se, pico monoclonal discreto IgG/Kappa e aumento das cadeias leves Kappa séricas e urinárias, sem anemia, hipercalcemia, lesão renal ou outras alterações. TC-cervical evidenciava várias formações nodulares envolvendo as cadeias espinal acessória, cervical transversa e jugulares internas superior e média esquerdas (com cerca de 3cm), traduzindo conglomerado adenopático e adenopatia homogénea com cerca de 12mm de maior diâmetro na cadeia jugular interna e média direita. TC-tóraco-abdómino-pélvica sem outros achados além de cistos renais, hérnia inguinal direita e próstata globosa. EDA e colonoscopia com sinais de gastrite crónica e

hemorroidas. Radiografia do esqueleto, sem lesões líticas. Efectuada exerce ganglionar cervical cuja histologia descreveu aspectos morfológicos compatíveis com lesão inflamatória histiocítica reactiva de tipo Doença de Kimura. Entretanto observado em consulta de grupo oncológico pela gamapatia, que decidiu manter apenas vigilância. Neste momento assintomático e com desaparecimento das tumefações desde a exerése cirúrgica.

PO-15-67

MORRER NO SÉCULO XXI – ANÁLISE RETROSPECTIVA DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Marta Ilharco, Carla Maravilha, Cleide Barrigoto, Johana Martins Jesus, Maria do Carmo Fevereiro, Fátima Lampreia, António Godinho
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL – SERVIÇO DE MEDICINA 1.4

Introdução: A mortalidade é um importante preditor de qualidade dos serviços de saúde, sendo que o estudo da mesma e dos factores associados pode ajudar a melhorar os cuidados prestados aos doentes. Objectivo: Avaliação da mortalidade num Serviço de Medicina de um Hospital Central com 35 camas (15 homens e 20 mulheres) e taxa de ocupação média de 90%, de 01/01 a 31/12/2015, bem como de alguns factores associados com o objectivo de estabelecer uma relação entre os mesmos. Método: Revisão sistemática e retrospectiva com consulta de notas de óbito, tendo sido analisados todos os doentes falecidos no ano de 2015. Foram recolhidos dados relativamente ao sexo, idade, motivo de internamento, causa de morte, data, hora, duração de internamento e realização de autópsia. Resultados: Ocorreram 1215 internamentos e 127 óbitos (10,5%), sendo 78 do sexo masculino e 79 do sexo feminino, com uma idade média de 83 anos. A duração média de internamento foi de 13 dias, sendo que o internamento mais prolongado teve uma duração de 111 dias. A estação do ano com o maior número de mortes foi o verão (32%) e aquela com menor número foi a primavera (16%). A maioria dos óbitos registou-se entre as 0 e as 8 horas da manhã (55%), sendo que o menor número foi registado entre as 8 e as 16h (17%). 73% dos óbitos ocorreram em dias úteis. A causa de morte mais comum foram doenças do aparelho respiratório (27%), seguindo-se falência orgânica (17%) e neoplasias (14%). Em 127 óbitos, apenas 4 autópsias foram realizadas. Conclusão: No nosso Serviço, a população falecida não apresentou diferenças relativamente ao sexo, sendo no geral idosa, tendo como principal causa de morte doenças do aparelho respiratório. Os óbitos deram-se predominantemente no verão, em dias úteis, de madrugada.

PO-15-68

DA ANEMIA À SÍNDROME DE OSLER-RENDU-WEBER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Isabel Silva, David Garcia, Pedro Gonçalves, Rosário Araújo, Carlos Capela.
HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO: A síndrome de Osler-Rendu-Weber (SORW) é uma entidade clínica rara, com prevalência estimada de 10-20 em cada 100.000 indivíduos. É um distúrbio genético de transmissão autossómica dominante e atinge a angiogénese de forma multissistémica. OBJECTIVO: Apresentar um caso de diagnóstico de SORW em contexto de anemia grave. MÉTODO: Revisão de um caso clínico. RESULTADO: Homem, 63 anos, autónomo, fumador, recorreu ao serviço de urgência por palidez, astenia, anorexia com uma semana de evolução, e epistaxis de repetição no último mês. Negados traumatismos, outras perdas hemáticas e perda ponderal. Apresentava apenas telangiectasias na língua. Mãe com patologia hemorrágica não especificada. Na admissão apresentava anemia grave, hipocrómica microcítica, com hemoglobina (Hb) de 4.5g/dL, tendo necessitado de transfusão de glóbulos vermelhos. Foi admitido em internamento, mantendo-se clinicamente estável, com episódios de epistaxis auto-limitados que justificaram, contudo, observação por otorrinolaringologia (ORL) e medidas de contenção local. Cinética do ferro, ácido fólico e vitamina B12 normais. Hb estabilizada em 7-8g/dL, com necessidade de mais suporte transfusional. Realizou colonoscopia sem alterações, mas a endoscopia alta e a vídeocápsula endoscópica revelaram angiectasias gástricas e no intestino delgado. Foi ainda submetido a outros exames que excluíram malformações arterio-venosas: vídeobroncofibroscopia, angio-ressonância cerebral e tomografia torácica. Teve alta com o diagnóstico SORW, cumprindo os critérios por epistáxis, telangiectasias mucocutâneas e do trato digestivo e história familiar de 1º grau. Mantém seguimento em consultas de Medicina Interna, ORL e Gastrenterologia. CONCLUSÃO: A SORW tem um amplo espectro clínico, variando de benigna a grave. A epistáxis é, na maioria dos casos, a primeira e a mais comum manifestação desta entidade frequentemente subdiagnosticada, onde a vigilância é fundamental para antecipar complicações.

PO-15-69

DA SUSPEITA DE LINFOMA À SÍNDROME DE LOFGREN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Isabel Silva, David Garcia, Pedro Gonçalves, Rosário Araújo, Carlos Capela.
HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO: A síndrome de Lofgren (SL) é uma forma aguda de sarcoidose, mais frequente nas mulheres jovens, caracterizada pela instalação de eritema nodoso, linfadenopatia hilar bilateral e/ou paratraqueal, artrite predominantemente nos membros inferiores e febre. OBJECTIVO: Apresentar um caso de suspeita de linfoma que culminou no diagnóstico de SL. MÉTODO: Revisão de caso clínico. RESULTADO: Mulher, 30 anos, com antecedentes de sinusite crónica e hipertensão arterial, recorreu ao serviço de urgência por edema dos tornozelos, astenia e febre com 10 dias de evolução. À admissão apresentava radiografia torácica com linfadenopatias hilares bilaterais e D-dímeros aumentados, sem outras alterações de relevo. Realizou angio-tomografia torácica que descartou embolia pulmonar e alterações do parênquima, mas revelou múltiplas adenopatias mediastínicas (pré-vasculares, pré-traquiais, pré e infracarinais e hilares bilaterais) de 9 a 25mm sugerindo linfoma. A doente foi internada para estudo. O estudo analítico alargado, incluindo serologias víricas e auto-imunidade foi negativo. Tomografia abdomino-pélvica sem alterações relevantes. A febre e o edema articular reverteram com anti-inflamatório (AINE). Realizou broncofibroscopia e ecoendoscopia para biópsia dirigida. O aspirado brônquico revelou inflamação, com microbiológico e pesquisa de células malignas negativos. O lavado bronco-alveolar foi sugestivo de sarcoidose, com linfocitose e ratio CD4/CD8 aumentado. A biópsia ganglionar por ecoendoscopia revelou linfadenite granulomatosa, com citologia para células malignas e pesquisa de Ziehl-Neelsen negativas, corroborando este diagnóstico. Actualmente mantém vigilância em consulta de Medicina Interna. CONCLUSÃO: A sarcoidose continua uma das entidades mais desafiadoras na Medicina, sendo necessário tê-la em conta no diagnóstico diferencial de doenças sistêmicas. A SL associa-se a bom prognóstico e a remissão espontânea, com boa resposta a AINEs e à corticoterapia.

PO-15-70

SÍNDROME DE DRESS - UM CASO DE HIPERSENSIBILIDADE A CARBAMAZEPINA

Ana Ponciano, Cátia Santos, Catarina Faria, José Leite, Célio Fernandes
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, SERVIÇO DE MEDICINA 2

A síndrome de hipersensibilidade aos anticonvulsivantes é uma reacção idiossincrásica rara mas potencialmente fatal, que se caracteriza por febre, rash cutâneo e envolvimento de órgãos internos, também descrita como Síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms). Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 52 anos, que há cerca de 6 meses foi medicada com carbamazepina por perturbação maníaca e que suspendeu há 4 meses. Recorre ao Serviço de Urgência por exantema papular generalizado, pruriginoso e centrífugo, poupando apenas as palmas das mãos, com odinofagia e adenopatias submandibulares e cervicais dolorosas a palpação associadas. Analiticamente, apresentava eosinofilia. A doente teve boa resposta aos glucocorticóides, verificando-se regressão das lesões cutâneas e normalização dos valores analíticos. Os anticonvulsivantes aromáticos como a fenitoína, fenobarbital e carbamazepina são os fármacos mais frequentemente envolvidos na síndrome de hipersensibilidade aos anticonvulsivantes. A sua apresentação clínica pode confundir-se com doenças infecciosas e neoplásicas, fazendo com que o diagnóstico seja muitas vezes tardio. Com a apresentação deste caso pretendemos chamar a atenção para uma entidade, que apesar de rara, tem morbilidade elevada.

PO-15-71

HEPARINA - UMA CAUSA DE HIPERCALIÉMIA A RELEMBRAR

Pedro Fortes, Vera Guerreiro, Carlos Monteverde
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES (ULSBA), BEJA - SERVIÇO DE MEDICINA II

A hipercaliémia induzida pela heparina é provocada pelo efeito supressor deste fármaco sobre a síntese de aldosterona na zona glomerulosa da glândula supra-renal, ocorrendo em até 7% dos doentes nos quais é utilizada. Esta situação verifica-se mais frequentemente em idosos diabéticos e/ou com alteração da função renal (aguda ou crónica) e, apesar de mais associada à heparina não fraccionada, pode ocorrer igualmente com a heparina de baixo peso molecular (HBPM), mesmo em doses profiláticas. Descreve-se o caso de uma doente de 79 anos, hipertensa e com doença renal crónica grau 3a (clearance estimada 47ml/min), internada por descompensação de insuficiência cardíaca e medicada nesse contexto com furosemida, espironolactona, lisinopril, bisoprolol e HBPM profilática subcutânea. Ao 4º dia de internamento, verificou-se hipercaliémia ´de novo´ (K+ máximo de 7.1mmol/L) sem repercussão electrocardiográfica e sem alterações significativas da função renal (creatinina máxima 1.5mg/dl) nem da gasimetria arterial. Para além de medidas de correcção rápida da caliémia, foram suspensos lisinopril e espironolactona. Pela manutenção de hipercaliémia ligeira (K+ 5.4-5.8mmol/L), suspeitou-se de iatrogenia à heparina, a qual foi suspensa, tendo a doente iniciado levante e mobilização activa. Verificou-se normalização progressiva da caliémia e teve alta ao 10º dia de internamento, com K+ de 4.2mmol/L. Este caso relembra a importância do reconhecimento da hipercaliémia como potencial efeito adverso da HBPM, bem como da monitorização da caliémia em doentes sob tromboprofilaxia com heparina subcutânea durante mais de 3 dias.

PO-15-72

FREQUÊNCIA BACTERIANA E FENÓTIPO DE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA:ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NUM HOSPITAL PERIFÉRICO.

João Bicudo Melo, Cláudia Rodrigues, Ana Beatriz Amaral, Isa Silva, Paula Bettencourt, Karyne Hyde
UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO FAIAL

Introdução: A resistência aos antibióticos (RA) decorre da natural habilidade bacteriana em se adaptar aos condicionalismos do meio e a sua utilização indiscriminada/prescrição empírica aumentam a pressão seletiva (PS) e, com isso, a oportunidade da bactéria adquirir mecanismos de RA. A RA tornou-se um problema de saúde pública, afetando todos os países e limitando as opções terapêuticas. Pretendeu-se conhecer e divulgar o fenótipo de RA das bactérias mais prevalentes isoladas num hospital periférico. Métodos: Estudo retrospetivo das frequências bacterianas e seu fenótipo de RA. Foram estudados a totalidade dos exames culturais realizados entre os dias 1/1/2013 e 31/12/2015. Resultados: Os microrganismos mais prevalentes foram: Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae e Pseudomona aeruginosa. O fenótipo de resistência das amostras de E. coli revelou que esses microrganismos apresentam elevadas taxas de resistência à ampicilina (57%) e cefalotina (51%). A taxa de resistência da E. coli para a cefotaxima e ceftazidima fixou-se nos 14%. Verificou-se para o S. aureus uma diminuição progressiva da resistência à meticilina, com uma taxa média de crescimento anual de -6,5%. Para as amostras de K. pneumoniae identificaram-se elevadas resistências à nitrofurantoína (73%) cefalotina (48%), cefotaxima (35%) e ceftazidima (37%) sem nenhuma variação observada no padrão de resistência entre os anos 2013 e 2015. A P. aeruginosa apresentou elevada sensibilidade (≥80%) à amicacina e gentamicina e uma taxa de resistência de 63% à ciprofloxacina. Conclusão: A prevalência bacteriana encontrada é concordante com o conhecimento atual e o perfil de resistência destes microrganismos pode assumir fenótipos diferenciados de acordo com o padrão de utilização de antibióticos. A monitorização periódica do perfil de RA é fundamental, bem como a implementação de medidas que minimizem a transmissibilidade bacteriana e a PS a que estas estão sujeitas.

PO-15-73

ANOREXIA NERVOSA – UMA REALIDADE POTENCIALMENTE FATAL

Guiomar Pinheiro, Inês Furtado, Samuel Fonseca, Mariana Brandão, Teresa Mendonça, João Correia
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, SERVIÇO DE MEDICINA

A anorexia nervosa é caracterizada por um peso corporal anormalmente baixo, medo de aumento ponderal e uma percepção distorcida do peso e silhueta corporal. Cerca de 25% tem um prognóstico reservado e a forma purgativa está associada a um maior número de internamentos, sendo os distúrbios hidro-electrolíticos um dos motivos principais para a sua admissão. Os autores trazem o caso de uma mulher de 60 anos, com anorexia nervosa purgativa com 20 anos de evolução, que recorre ao serviço de urgência por lipotimias de repetição. À admissão apresentava-se emaciada e emagrecida, tendo sido objectivada: hipocalemia grave de 1.6mmol/L e hipocalcemia de 0.99mmol/L. Alterações analíticas e sintomatologia interpretadas no contexto de anorexia purgativa grave, verificando-se resolução do quadro após terapêutica de suporte. A doente teve alta com orientação para consulta de Psiquiatria. O presente caso pretende sublinhar que a anorexia nervosa é um problema sociocultural relevante na actualidade e existente em todas as faixas etárias, podendo cursar com alterações de perigo iminente.

PO-15-74

AVALIAÇÃO DA DOR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDO TRANSVERSAL

Ana Isabel Reis, Joana Oliveira, Diana Repolho, Sara Freitas, Rita Gameiro, Nuno Raposo, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Pimenta da Graça
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, LOURES

A dor é definida como o quinto sinal vital sendo imperativa a sua vigilância a par dos restantes sinais vitais. Objetivo: Avaliar a prevalência, intensidade e tipo de dor e tratamento analgésico nos doentes internados. Métodos: Estudo transversal; avaliados os doentes internados a 19/02/2016 (n=59) com aplicação dum questionário (idade, sexo, dia de internamento, motivo de internamento, tipo e intensidade de dor e terapêutica analgésica). Intensidade da dor avaliada pela escala numérica da dor ou pela escala PAINAD-PT validada para avaliação da dor pontual em doentes não colaborantes. Resultados: Excluídos 5 doentes (ausentes ou por recusarem); aplicados 54 questionários. Média de idade de 73.9 anos, predomino masculino (57.4%), em média no 15º de internamento. A maioria internada por patologia infeciosa (55.5%). Nos doentes não colaborantes (n=7) a classificação média de dor foi de 3,14 (limite inferior da dor moderada). Dos restantes (n=47), 33 referem dor antes do internamento (70.2%) e 28 dor no dia do questionário (59.6%) com intensidade média de 5.5. Destes últimos, a maioria tinha dor nocioceptiva e 8 com componente neuropático; 7 com relação com patologia oncológica e 5 com trauma agudo. 85.7% (n=24) refere interferência nas suas atividades diárias. Relativamente à terapêutica, um não tinha analgesia, 10 apenas em SOS e 17 pautada. A maioria medicada com paracetamol (60.7% da terapêutica em SOS; 47.1% da pautada); os opióides foram prescritos na maioria em esquema com predominância do tramadol (33,3%); 6 com coadjuvantes (3 corticoide, 3 pregabalina). Em 21 doentes foi incrementada a terapêutica face à de ambulatório, em 8 mantida e em 4 diminuída. Conclusão: A prevalência de dor nos doentes internados é elevada, devendo ser avaliada várias vezes ao dia, pressupondo atitudes terapêuticas ativas. O objetivo secundário do trabalho é melhorar a avaliação e o tratamento da dor, promovendo ações formativas, com avaliação posterior dos resultados.

PO-15-75

O INTERNISTA COMO GESTOR DO DOENTE: UM CASO CLÍNICO DE NEUROFIBROMATOSE TIPO 1

Hugo Jorge Casimiro, Beatriz Navarro, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - HOSPITAL DE S. BERNARDO; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença com transmissão autossómica

dominante e que se caracteriza pela presença de máculas de coloração café-au-lait e múltiplos neurofibromas, podendo ainda cursar com deformações ósseas, alterações neuro-cognitivas, tumores do sistema nervoso central e hipertensão arterial. Apresenta-se o caso de um homem de 31 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna para investigação de possível NF1 após excisão de lesão exofítica do lábio inferior cujo exame anatomo-patológico revelou alterações sugestivas de neurofibroma. Da avaliação do doente e da consulta do seu processo clínico, destacavam-se a presença de múltiplas lesões cutâneas exofíticas, >6 manchas café-au-lait, história de excisão de 2 neurofibromas, efélides na região axilar, mãe com o diagnóstico de NF1 e défice de aprendizagem na infância. Dos exames auxiliares solicitados, era de referir a existência de rádios em sabre e ressonância magnética crânio-encefálica com possível hamartoma no hemisfério cerebeloso direito. Foi ainda avaliado em consulta de Oftalmologia, confirmando-se a presença de múltiplos nódulos de Lisch bilaterais. Estabelecido o diagnóstico de NF1 (documentação de 6 dos 7 critérios clínicos de NF1), o doente foi orientado para as consultas de Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e Genética, mantendo seguimento regular na consulta de Medicina Interna e Oftalmologia. A irmã foi igualmente referenciada à consulta de Medicina Interna, tendo-se estabelecido o diagnóstico de NF1 e feito a orientação multidisciplinar. Com este caso os autores pretendem ilustrar a marcha diagnóstica de uma doença rara e da importância da coordenação entre especialidades na abordagem deste tipo de doentes. Num período em que se discutem novos modelos de organização hospitalar, este caso demonstra também a importância do Internista como médico gestor do doente e como profissional integrador da informação clínica proveniente de outras especialidades.

PO-15-76

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL MICROBIOLÓGICO DOS AGENTES MULTIRRESISTENTES NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Catarina Duarte Santos, Pedro Neves Tavares Carla Falcão, Rita Rocha, Sonia Chan, Filipa Cabral Amado, Dolores Gomes, Alcina Ponte, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A resistência crescente aos antimicrobianos e consequentes quadros infecciosos constituem um problema emergente pelo que a sua vigilância epidemiológica constitui uma componente fundamental nos programas de prevenção e controlo de infecção. Torna-se desta forma imperativo a caracterização do perfil microbiológico de cada instituição de forma a optimizar a decisão terapêutica e optimizando assim o outcome e reduzindo o risco de multirresistência. Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo dos casos de infecções por agentes multirresistentes que ocorreram nas enfermarias de Medicina Interna durante um período de 18 meses através da consulta de processo clínico informático. Resultados: Foram identificados 197 casos de infecção por bactérias multirresistentes em 136 indivíduos – 60.9% do sexo masculino (media de idades de 76.08 anos) e 39.1% do sexo feminino (média de idades de 83.50 anos). A maioria dos agentes foi isolada em amostras de expectoração (54.2%) e Urina (34.1%). Os diagnósticos mais frequentemente observados foram a infecção do tracto urinário (34.6%) e Pneumonia nosocomial (32.4%). Os agentes mais frequentemente envolvidos foram a Klebsiella pneumoniae BLSE+ (39.1%), Escherichia coli BLSE+ (15.1%), Pseudomonas aeroginosa (13.4%) e Staphylococcus aureus meticilina-resistente (MRSA) (12.3%). Observou-se uma taxa de mortalidade associada a estes internamentos de 39.7%. Conclusão: A análise destes dados alerta para a importância da identificação dos doentes potencialmente infetados por agentes multirresistentes de forma a prevenir o impacto da antibioterapia inadequada na disseminação e persistência destes agentes

PO-15-77

CHOQUE DISTRIBUTIVO DE ETIOLOGIA RARA

Pedro Freitas, Elsa Soáres, Bárbara Lobão, Carlos Carvalho, Susana Marques, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITALAR SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mulher de 46 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e patologia psiquiátrica, medicada habitualmente com pregabalina, fluvoxamina e olmesartan medoxomilo e hidroclorotiazida. Aparentemente no seu estado de saúde habitual até altura em que, por indicação médica, iniciou terapêutica com aripiprazol, sendo que após a primeira toma inicia quadro de síncope associado a hipotensão, tendo sido transportada até ao serviço de urgência. Da observação inicial destaca-se quadro de lentificação motora, hipotensão inicial 74/45 mmHg com posterior agravamento para 48/23 mmHg, bradicárdia sinusal sem outras alterações. Laboratorialmente destaca-se a ausência de parâmetros inflamatórios elevados, marcadores de necrose miocárdica negativos e função tiroideia normal. Gasimetria sem alterações. Electrocardiograma com presença de bradicardia sinusal sem outras alterações. Ecocardiograma transtorácico evidenciou função sistólica conservada sem presença de derrame pericárdico. Radiografia do tórax sem alterações. Admitiu-se quadro de choque distributivo no contexto da toma de aripiprazol, colocou-se cateter venoso central na veia jugular interna e iniciou terapêutica com noradrenalina em perfusão contínua e hidratação endovenosa para wash-out medicamentoso. Posteriormente doente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios, tendo mantido terapêutica e monitorização, verificando-se remissão do quadro com possibilidade de suspensão de suporte aminérgico com sucesso. O aripiprazol é um antipsicótico utilizado na doença bipolar e em outras patologias psiquiátricas, e ao qual se associam diversos efeitos secundários entre eles a hipotensão ortostática. Este caso é de especial relevância, pelo facto de se ter apresentado como um choque distributivo associado a bradicárdia com potencial risco de vida para a doente. Procedeu-se à devida notificação ao Infarmed de reacção de efeito adverso medicamentoso.

PO-15-78

DOENÇA DE STILL DO ADULTO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara Brandão Machado, Telma Pereiro, José Fonseca, Ângela Mota, Adelino Carragoso, Rui Moreira Marques, Ana Lemos, António Monteiro
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E., SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença inflamatória sistémica rara de etiologia desconhecida sem dados laboratoriais ou imagiológicos específicos. O diagnóstico é clínico e de exclusão, encontrando-se validados critérios de classificação como os de Yamaguchi. CASO CLÍNICO: Homem caucasiano, 41 anos, com queixas intermitentes de febre, poliartralgias migratórias inflamatórias, adenomegalia retromandibular e emagrecimento. Observado várias vezes no SU, fez ciclos de antibioterapia com resposta parcial. Aos 10 meses de início dos sintomas foi reinternado por reinício de febre, poliartralgias com artrite não erosiva do punho, interfalângica proximal e bursite olecraniana; sem exantemas no pico febril. Biomarcadores de fase aguda da inflamação elevados; ferritina, Rosa Bengala, eletroforese proteica, imunoglobulinas, autoimunidade com fator reumatóide e SACE normais. Serologias HBV, HCV, HIV 1 e 2, CMV, Treponema, Brucella, Coxiella, Borrellia, Parvovírus B19 negativos. Rastreio séptico negativo. Urina II: proteinúria e microhematúria, sem eritrócitos dismórficos ou cilindrúria. Excluída febre mediterrânica familiar. TC-TAP: micronódulos pulmonares estáveis, esplenomegalia e inúmeros gânglios linfáticos, retroperitoneais e mesentéricos. PET-FDG captou aumento na medula óssea e baço; biópsia compatível com mielofibrose secundária (BCR-ABL negativo) sem granulomas. Lavado broncoalveolar: H. influenzae, linfocitose com elevação CD4+/CD8+, DNA de MBT e fungos negativo e citologia sem células neoplásicas. Laparoscopia exploradora sem adenopatias para excisão. Citopunção de adenomegalia retromandibular negativa. No diferencial final entre DSA e sarcoidose privilegiou-se DSA cumprindo-se 6 critérios de Yamaguchi. Medicado com naproxeno, corticoterapia sistémica por períodos de febre e dor articular, e metotrexato por não se conseguir reduzir eficazmente o corticóide. Teve boa resposta clínica e regressão da mielofibrose, linfadenopatias e micronódulos.

PO-15-79

FEBRE DE ORIGEM DETERMINADA, UMA EXPECTATIVA DIAGNOSTICA NEM SEMPRE CORRESPONDIDA

Joana Torre, Joana Frutuoso, Mauro Santos, Francisco San Martin, Rosa Amorim
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

Homem, 59 anos, sem antecedentes relevantes. Inicia quadro de astenia, náusea e dor abdominal difusa com irradiação lombar, associado a febre Temperatura Timpânica - 39.5ºC, sem predomínio horário e agravamento gradual com 2 semanas de evolução. Ao exame objectivo apresentava icterícia e adenopatias palpáveis latero-cervicais esquerdas, móveis, moles e indolores. Analiticamente: discreta anemia normocítica, normocrómica; leucocitose e neutrofilia, trombocitopenia, velocidade de sedimentação e proteína C reativa aumentadas e citocolestase hepática. Radiotelegrafia de tórax e Ecocardiograma sem alterações. Inicia antibioterapia empírica com levofloxacina, com apirexia ao 6ºdia e melhoria clínica e analítica, tendo alta. Contudo, retoma clínica e febre passadas 24h, sendo reinternado. Realiza despiste serológico: Hepatites, VIH, sífilis, EBV, CMV, bactérias e vírus atípicos, todas negativas. Hemoculturas, Urocultura, rastreio auto–imune e ECA negativos. Ecografia abdominal mostra hepatomegalia à custa do lobo direito, aumento diâmetro da veia porta e baço globoso. Tomografia computorizada com adenopatias infra centimétricas ao nível das partes moles do pescoço e nas cadeias ganglionares para-aórticas, a maior com 2,4cm. Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia sem alterações. Face negatividade do estudo e ausência de nova clínica faz-se biópsia de gânglio abdominal, via laparoscópica que se revela inconclusiva. Pela manutenção do quadro ainda sem etiologia, efectua PET-TC, que mostra provável processo neoplásico do colon transverso de aspecto polipóide. Repete colonoscopia onde retira pólipo no transverso, histologicamente benigno. Entretanto, após 3 semanas de estudo, resolução gradual e espontânea do quadro e seguimento em ambulatório. A Febre de origem indeterminada é uma situação clínica complexa em que o diagnóstico é um processo moroso e desafiante. Este caso é simultaneamente estimulante e frustrante e exemplifica os 50% de casos que permanecem sem diagnóstico.

PO-15-80

PUERPÉRIO DE RISCO

Sofia Salvo, Cláudia Janeiro, Vítor Freitas, Inês Santos, Madalena Lisboa
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS (CHLC,EPE), MEDIDINA 2.1

O risco de eventos tromboembólicos é significativamente mais elevado na gravidez e puerpério do que na restante população, principalmente nas seis semanas pós-parto. Nos países desenvolvidos, apesar de raro, é a principal causa de mortalidade maternal no puerpério. Mulher de 34 anos, com parto distócico por prematuridade, medicada com destrogel, recorreu ao serviço de urgência por toracalgia tipo pleurítica com três dias de evolução associado a tosse, inicialmente seca e progressivamente hemoptóica, sem febre. Referia cesariana três semanas prévias ao quadro, sem complicações. Objectivamente encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica, oxisaturação periférica 92% em ar ambiente, com auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base direita. Realizou electrocardiograma com taquicardia sinusal e radiografia de tórax que revelou hipotransparência da base direita. Gasimetria com alcalose respiratória e analiticamente a salientar elevação dos D-dímeros (521 microgramas/Litro) e dos parâmetros inflamatórios. Atendendo ao quadro clínico, realizou angio tomografia axial computorizada pulmonar que revelou tromboembolismo pulmonar agudo nos três ramos da artéria pulmonar direita com condensação alveolar do lobo inferior direito (enfarte). A doente iniciou anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e posteriormente anticoagulação com cumarínicos (antagonistas da vitamina K), verificando-se progressiva melhoria do quadro respiratório. Os sinais e sintomas do tromboembolismo são muitas vezes inespecíficos, continuando a representar um desafio diagnóstico na prática clínica, sendo essencial a avaliação cuidada dos factores de risco. As heparinas de baixo peso molecular e os anticoagulantes cumarínicos são seguros.

PO-16-09

PANICULITE MESENTÉRICA E USO DE PROVA TERAPÊUTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Martins, Margarida Cruz, Helena Martins, Filipa Coroado, Carlos Vidal, Mariana Sousa
HOSPITAL INFANTE D. PEDRO - CHBV; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A paniculite mesentérica é uma entidade que se caracteriza por processo inflamatório crónico do tecido adiposo do mesentério intestinal, afetando sobretudo adultos acima dos 40 anos. A sua etiopatogenia ainda não está totalmente definida e, como tal, não há tratamento específico. Caso Clínico: Homem de 84 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Bronquite Crónica, Flutter Auricular e história de Pleurisia na terceira década de vida. Episódio de oclusão intestinal em 2013, tendo sido submetido a laparotomia exploradora que revelou extensa Paniculite Mesentérica. Efetuadas biópsias de tecido mesentérico, cujo estudo histológico revelou tecido adiposo com infiltrado inflamatório e macrofágico, e esteatogranulomas. Desde então, apresentou vários episódios autolimitados de agudização, caracterizados por febre, elevação dos parâmetros inflamatórios e das transamínases hepáticas, e alterações ecográficas de paniculite mesentérica. Submetido a extenso estudo complementar com vista à determinação da etiologia, mas que se revelou inconclusivo. Dado os antecedentes e a evidência de lesões sequelares nos ápices pulmonares em exames radiográficos, e após discussão do caso com a Infeciologia, optou-se por uso de prova terapêutica com antibacilares. Ao fim de 6 meses, ausência de recidiva clínica e melhoria progressiva dos parâmetros inflamatórios. Conclusão: Em casos de elevado grau de suspeição clínica, e ainda que o estudo micobacteriológico se revele negativo, o uso de prova terapêutica com antibacilares deve ser considerado, antes de se ponderar introdução de corticoterapia sistémica.

PO-16-10

MICROORGANISMOS DE ELEVADA PATOGENICIDADE E MULTIRRESISTENTES: FACTORES DE RISCO

Ana Rita Santos, Patrícia Vicente, Mariana Pessanha, Vitor Batalha, Luis Campos
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER, SERVIÇO DE MEDICINA IV

Objectivo: As unidades orientadas para o cuidado do doente crítico são suscetíveis à infeção por microorganismos de elevada patogenicidade (MEP), entre os quais os associados a multiresistência (MR). Foi nosso objetivo estudar a relação entre os anteriores com alguns fatores de risco (FR) reconhecidos. Métodos:Foram identificados isolados microbiológicos em amostras consecutivas de urina, expetoração e sangue de janeiro 2014 a dezembro de 2015, numa unidade de cuidados intermédios (UCINT). Os seguintes FR para MEP foram analisados: idade>60 anos; proveniência de lar; elevado grau de dependência; DM; neoplasia ativa; radioterapia, quimioterapia e corticoterapia nos últimos 12, 1, 3 meses; hospitalização no ano prévio; antibiótico (AB) no mês prévio; doença renal crónica ≥ estadio 3 (DRC≥3); insuficiência hepática e doença pulmonar crónica (DPC). Utilizou-se análise univariável (teste $\chi 2$ de Pearson) e multivaríavel (regressão logística) para determinar a relação entre os MEP e/ou MR com os FR mencionados. Apenas os FR com p<0,100 na análise univariável foram considerados na análise multivariável. Resultados: Analisaram-se 195 produtos biológicos (105, 49 e 41 amostras de urina, expetoração e sangue respetivamente) de 124 doentes internados numa UCINT. Foram identificados 53 MEP. Na análise univariável os seguintes FR relacionaram-se com o isolamento de MEP: idade > 60 anos (p=0,092); hospitalização no ano prévio (p=0,009); DRC≥3 (p=0,001) e DPC (p=0,061). Apenas a hospitalização no ano prévio e a DRC ≥3 se mantiveram predictores independentes de isolamnto de MEP na análise multivariável (p=0,05 e p=0,007, respectivamente). Identifcados 44 MR sendo que entre os vários FR considerados apenas a AB prévia se relacionou com o isolamento de MR (p=0,023). Conclusão: A hospitalização no ano prévio e a DRC≥ 3 revelaram-se predictores independentes de isolamento de MEP. O uso indiscriminado de antibioterapia no mês prévio mostrou-se um importante FR de isolamento de MR.

PO-16-11

SÉPSIS ATÍPICA

Cátia Carvalho, Daniana Condado, Joana Diogo, Miguel Jara, Aline P. Gonçalves, José Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE FUNCIONAL 7.1

Não é raro em Medicina que um caso clínico não seja completamente esclarecido, o início de antibioterapia (AB) empírica mascara a verdadeira etiopatogenia. Apresentamos uma doente de 48 anos, hipertensa e histerectomizada, levada ao serviço de urgência (SU) após intoxicação voluntária por benzodiazepinas e transferida para hospital psiquiátrico. Dois dias depois, volta ao SU por prostração, febre, respiração ruidosa e palpação dolorosa do hipogastro. Analiticamente: lesão renal aguda (ureia 96mg/dL e creatinina 4.63mg/dL), PCR de 180mg/L e urina II com 233 leucócitos, gasimetricamente: acidose metabólica compensada e hipoxémia. A ecografia renal revelou discreta ectasia piélica esquerda e volumosa ascite, confirmada por TC toraco-abdomino-pélvica além de derrame pleural bilateral, condensação do lobo superior direito e espessamento parietal da sigmoideia. Colheu exames culturais e iniciou AB empírica com Piperacilina-Tazobactam. Por agravamento da insuficiência respiratória, foi transferida para UCI e incrementada AB com Vancomicina. Ao 6º dia, regressou ao serviço de medicina e iniciou febre com distensão cólica importante. A TC apresentava redução da ascite e sinais de peritonite, realizou paracentese (exsudado) e foi associada à Vancomicina, Meropenem e Metronidazol, na repetição da TC havia vários abcessos peritoneais. Foi realizada drenagem percutânea e toracocentese (exsudado, ADA negativo, sem células neoplásicas ou granulomas). Foi excluída endocardite e face à melhoria clínica, assim como imagiológica, teve alta com Linezolide + Metronidazol e referenciada à consulta externa (CE) de Medicina - cuja re-avaliação imagiológica revelou resolução completa do quadro, assim como à CE de Psiquiatria. Não houve qualquer isolamento de agente infeccioso ou alteração no estudo auto-imune. Este caso destaca-se pelo desafio que se enfrentou, sem isolamento de agente etiopatogénico dado o uso de AB empírica, reforçando ainda a importância da visão integrada do doente.

PO-16-12

O COMA MISTERIOSO – EM BUSCA DO RESPONSÁVEL

Nídia Calado, Sara Viana, Ana Rita Parente, Sócrates Naranjo, Tamar Núñez, Isabel Soles, Vera Escoto
HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE, ULSNA EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O principal objetivo na abordagem de um coma é a identificação de causas tratáveis, tais como infeção, alterações metabólicas, convulsões, intoxicações e lesões cirúrgicas. Uma vez que a recuperação neurológica depende do tratamento precoce, a avaliação clínica, laboratorial e imagiológica devem ser céleres. Apresenta-se o caso de uma doente de 78 anos, caucasiana, previamente autónoma, com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, anemia, gastrectomia total, histerectomia e doença de Parkinson. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tonturas, fraqueza muscular e parestesias faciais com uma semana de evolução e que nos últimos 2 dias se associou a febre. O exame objetivo não mostrou alterações relevantes, excepto a presença de febre, sonolência e de palidez mucocutânea. Analiticamente, salientava-se anemia, aumentos dos parâmetros inflamatórios, hiponatrémia e disfunção renal. A urina II era sugestiva de infeção urinária. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) não mostrou alterações relevantes. Foi internada admitindo-se infeção urinária, lesão renal aguda, hiponatrémia e hipertiroidismo. Iniciou terapêutica com anti-tiroideus, reposição de sódio e antibioterapia com ceftriaxone. Entretanto, verificou-se um agravamento marcado do quadro clínico, com coma, febre alta refratária e falência multiorgânica. Fez punção lombar que não mostrou alterações relevantes. Considerando-se a hipótese de encefalite ou meningoencefalite, iniciou terapêutica com ceftriaxone, ampicilina, aciclovir e dexametasona, que cumpriu durante 21 dias. Observou-se uma melhoria progressiva do quadro clínico, com melhoria franca do estado de consciência com apenas 24h de terapêutica. No caso de suspeita de encefalite ou meningoencefalites a terapêutica deve ser instituída precocemente, o que é fundamental para a alteração da história natural da doença, tal como este caso demonstra.

PO-16-13

INFECÇÃO POR VÍRUS VARICELA ZOSTER COMPLICADA DE MIELITE EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Andreia Paulo, Sónia Costa, Socorro Piñero, Vânia Almeida, Ana Pidal, Alexandre Silva, Cândida Barroso, José Barata
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA- UNIDADE DE NEUROLOGIA/UNIDADE DE AVC

Apresentamos o caso de um homem de 62 anos, com um quadro de dor tipo picada e massa no ombro esquerdo, com um mês de evolução com instalação súbita após o acordar seguida de erupção cutânea no território C4-C5. Foi-lhe diagnosticado herpes zóster e medicado com antiviral com resolução das lesões mas sem alívio da dor. Apesar da terapêutica instituída e resolução da erupção cutânea, cerca de um mês depois, o doente teve um agravamento da dor com extensão progressiva a todo o membro superior, acompanhado de alteração da sensibilidade com alodínia e diminuição de força muscular. Antes do internamento referiu também diminuição de força muscular no membro inferior homolateral. No exame neurológico apresentava hiperreflexia osteotendinosa e no hemicorpo esquerdo, hemiparésia com atrofia muscular, sinal de Hoffmman positivo, hiperestesia no território C4-C5, hipopalestesia no membro inferior e marcha hemiespástica. Considerou-se a hipótese de herpes zoster complicada de mielite já de evolução subaguda. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica (TC CE) à entrada que excluiu lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas. Analiticamente revelou imunoglobulina G anti-vírus varicela zoster (IgG VZV) positivo no plasma e no líquor. HIV 1 e 2 foram negativos. A electromiografia excluiu lesão radicular e de nervo periférico. Ressonância magnética cervical que revelou alterações compatíveis com inflamação da medula, compatíveis com a hipótese diagnóstica de mielite secundária a infecção por VZV. Durante o internamento verificou-se melhoria progressiva do defeito neurológico.A infecção pelo VZV tem duas formas distintas de apresentação: a Varicela e a "Zona". Esta última resulta da reactivação dos vírus alojados sob a forma latente nos gânglios sensoriais. A mielite é uma complicação pouco frequente da infecção pelo VZV, sendo ainda mais rara a sua ocorrência em doentes imunocompetentes.

PO-16-14

DOENÇA DE WHIPPLE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITE REUMATÓIDE

Hélio Martins, Nuna Vieira, Rosa Maria, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA GUIOMARÃES - MEDICINA INTERNA

Mulher, 58 anos, autónoma. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência por febre com cerca de 40 dias de evolução, que não cedia a antipirético, perda ponderal de 12% do peso corporal em seis meses. Tinha antecedentes de artralgias interfalângicas proximais, punhos, tornozelos e talalgias inflamatórias simétricas com cerca de 6 anos de evolução., motivo pelo qual era acompanhada em consulta de Reumatologia em regime privado. Foi colocada nessa altura a hipótese diagnóstica de Artrite Reumatóde Seronegativa e foi medicada com metotrexato. Por ausência de resposta, iniciou tratamento em Abril de 2014 - primeiro com etanercept e posteriormente com golimumab, também sem melhoria clínica. Ficou internada ao cuidado da Medicina Interna para investigação clínica. Pelas queixas realizou endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal com evidência de "presença de abundantes macrófagos de citoplasma granular (PAS+) no corion das vilosidades. Ausência de Giardia. Lesões de duodenite com atividade. Aspetos sugestivos de Doença de Whipple. Não há sinais de malignidade." Iniciou antibioterapia com sulfametoxazol e trimepropim 12/12h mantendo apirexia sustentada desde então. Por melhoria de queixas álgicas e apirexia sustentada teve alta para a Consulta Externa (CE) de Medicina Interna. Do estudo efetuado em CE, todos os marcadores de atividade de doença autoimune sem alterações. Ficou medicada com sulfametoxazol e trimepropim 12/12h e hidroxicloroquina 24/24h com apirexia sustentada e recuperação ponderal. Apesar da terapêutica já há 12 meses, doente com

manutenção de artralgias inflamatórias pelo que tem vindo a ser ajustada medicação analgésica.

PO-16-15

LEUCOPENIA SELETIVA DE LINFÓCITOS T CD4+ IDIOPÁTICA – A PROPÓSITO DE CASO DE MENINGOENCEFALITE CRIPTOCÓCICA EM DOENTE NÃO VIH

Hélio Martins, Joana Ferreira, Laura Castro, Magda Fernandes, Helena Sarmento, Rosa Maria, Jorge Cotter
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA GUIOMARÃES - MEDICINA INTERNA

Homem, 46 anos, autónomo, antecedentes de infecção por vírus de hepatite C (VHC) e toxicofilia a heroína dirigiu-se ao Serviço de Urgência (SU) por cefaleia holocraneana intensa com cerca de um mês de evolução, refratária a analgesia e diplopia. Tomografia computorizada craneo-encefálica sem alterações agudas. Realizou-se punção lombar (PL) com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) água de rocha, pressão de abertura >50cmH20. O estudo do LCR mostrou 100 leucócitos/mcl, com 96% monócitos, glicose 41mg/dL, proteínas 73.30 mg/dL, pesquisa de cryptococcus neoformans (CN) foi positiva pelo que se iniciou terapêutica com anfotericina B lipídica e fluconazol. O RNA do VHC foi indetetável. Identificou-se criptococcemia. Foram despistadas as causas de imunodeficiência secundária. Na terceira semana de tratamento já sem crescimento fúngico nas hemoculturas. Por não melhoria do quadro e manutenção de hipertensão intracraneana, mas sem critérios de intervenção por neurocirurgia, realizaram-se várias PLs descompressivas com melhoria da cefaleia mas com novo agravamento em 24h. Na sexta semana de tratamento doente mantinha cefaleias intensas e pesquisa de CN no LCR positiva e antigenemia de CN no LCR de 1/340 pelo que foi alterado esquema terapêutico para anfotericina B lipídica + flucitosina. Por se tratar de um doente não VIH prosseguiu-se o estudo de imunodeficiências, evidenciando-se uma linfopenia selectiva de linfócitos T CD4+, com duas contagens inferiores a 300x103, com intervalo de 3 meses. Foi ainda realizado o estudo de função dos linfócitos que mostrou um défice moderado da ativação dos linfócitos T. No final da primeira semana de tratamento com anfotericina B lipídica e flucitosina doente com melhoria clínica, com antigenemia progressivamente em decrescendo. Cumpriu 10 semanas de tratamento e teve alta para unidade de cuidados continuados com períodos de desorientação e atrofia muscular generalizada. Mantendo seguimento em consulta externa de Medicina Interna.

PO-16-17

NÓDULOS CUTÂNEOS MÚLTIPLOS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Diana M. Ferreira, Ana Rita Nogueira, Pedro Lopes, Hugo Clemente, Ana Luísa Matos, Sofia Brazão, António Aragão, Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Introdução: A apresentação clínica de doenças neoplásicas viscerais por metastização cutânea é incomum – 0,8% dos casos clínicos. Frequentemente associa-se a estadiamento avançado e pior prognóstico. Caso Clínico: Mulher, 60 anos, recorre ao Serviço de Urgência por lesão nodular, com cerca de 2 cm de diâmetro, eritematosa, fibroelástica, marcadamente dolorosa e móvel, na fossa ilíaca direita, com 24 horas de evolução. Contudo, havia história de outros nódulos cutâneos dispersos e indolores nas últimas 3 semanas. Sem outras queixas acompanhantes, designadamente febre, perda de peso, alteração do padrão de tosse habitual (doente fumadora – 30 UMA) ou dispneia. Antecedentes pessoais de dor crónica (após cirurgia a escoliose, sob terapêutica opióide), depressão e dislipidemia. Ao exame objetivo não apresentava outras alterações além dos nódulos cutâneos descritos. Ecograficamente, imagens compatíveis com "alterações inflamatórias a merecer controlo a curto prazo após realização de terapêutica antiinflamatória". Analiticamente sem leucocitose, com velocidade de sedimentação de 55 mm/h na 1ª hora e proteína C reativa de 1,40 mg/dL, sem outras alterações relevantes. Na radiografia torácica foi identificada imagem nodular com cerca de 2,5cm no lobo superior esquerdo. Biópsia cutânea compatível com adenocarcinoma do pulmão, posteriormente confirmado com biópsia TC guiada dirigida à lesão primária pulmonar. Estadio IV com metastização óssea, pulmonar e ganglionar. Iniciada quimioterapia e radioterapia paliativas, tendo a doente falecido 13 meses após o diagnóstico. Conclusões: As lesões cutâneas são geralmente observadas como manifestações tardias da doença neoplásica disseminada, contudo podem ser a primeira manifestação clínica de doença maligna visceral. Os autores apresentam este caso para reforçar a importância da biópsia de lesões cutâneas suspeitas, permitindo obter o diagnóstico mais rapidamente.

PO-16-18

TROMBOEMBOLISMO VENOSO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SARCOMA DA PAREDE ABDOMINAL

António Fontes, Sara Ferreira, Carla Almeida, Carina Machado, Raquel Dourado, Emília Santos, Nuno Pelicano, Miguel Pacheco, Anabela Tavares, Fernando Melo, Dinis Martins
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Os sarcomas são um grupo raro e heterogéneo de neoplasias malignas com origem nas células mesenquimatosas e que correspondem a menos de 1% do total de tumores malignos no adulto. Descreve-se o caso de um homem de 53 anos, previamente saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro súbito de dor torácica anterior tipo aperto e dispneia, hipotensão arterial, fibrilação auricular com resposta ventricular rápida, edema do membro inferior direito e empastamento gemelar ipsilateral. No electrocardiograma apresentava onda T negativa em DII, DIII e aVF. Realizou tomografia axial computorizada (TAC) de tórax de urgência que revelou "Embolismo pulmonar com trombos exuberantes no lúmen de ambas as artérias pulmonares" tendo iniciado de seguida protocolo de trombólise com reteplase. Durante o internamento à palpação abdominal detectou-se massa com consistência pétrea na fossa ilíaca direita, aderente aos planos profundos e indolor com cerca de 13X10cm e confirmou-se o diagnóstico trombose venosa profunda no membro inferior direito. Neste contexto realizou TAC abdominal que revelou: "volumosa massa heterogénea, com necrose central medindo 14x12x9 cm de maiores eixos, com calcificações grosseiras no seu interior, captação de contraste e com pequenos focos hiperdensos milimétricos no pré-contraste a favor de focos hemorrágicos. A massa invade a parede muscular abdominal anterior direita" e a biopsia dirigida revelou sarcoma sinovial. Este caso vem realçar a importância do despiste de neoplasias malignas após fenómenos de tromboembolismo venoso sem aparente fator precipitante.

PO-16-19

HIPEREOSINOFILIA E TROMBOSE: FENÓMENOS PARANEOPLÁSICOS

João Mesquita Rosinhas, Albina Moreira, Sara Castelo Branco, Cristina Rosário, Ana Veloso, António Furtado
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO - UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS

A síndrome hipereosinofílica é um distúrbio mieloproliferativo, caracterizado por eosinofilia persistente, levando a lesão de múltiplos órgãos. Esta pode ser secundária a neoplasia. Os carcinomas renais podem estar associados a fenómenos de paraneoplasia, nomeadamente síndromes hipereosinofílicas e trombofilia. Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos com quadro de três semanas de tosse não produtiva, pieira e dispneia. Fez ecocardiograma transtorácico que mostrou sinais de hipertensão pulmonar, défices segmentares da contractilidade da parede inferior e imagem sugestiva de trombo intravascular, com diâmetro máximo de 10mm, visível em toda a extensão da veia cava inferior. Excluiu-se tromboembolismo pulmonar. Durante o internamento a doente apresentou hipereosinofilia sustentada, elevação de marcadores inflamatórios, imagens de vidro despolido na TC tórax e clínica respiratória persistente. Assim, assumiu-se síndrome hipereosinofílico com atingimento pulmonar. Fez metilprednisolona 2mg/kg/dia com resolução completa do quadro, e desaparecimento das imagens de vidro despolido na TC. Em TC abdominal observou-se lesão de características tumorais no polo inferior do rim esquerdo (6 x 3,6cm), em contacto com veia renal esquerda e discreto trombo (14mm) associado. Quadro foi interpretado como uma síndrome hipereosinofílica com atingimento pulmonar e trombose da veia cava inferior associado a

paraneoplasia provável por carcinoma renal. Doente foi proposta para nefrectomia total esquerda urgente, que recusou, acabando por falecer durante o follow-up. O caso clínico apresentado tornou-se peculiar pelo exercício de conseguir enquadrar dois fenómenos tão díspares como pneumonite eosinofílica e trombose venosa, num só quadro. Procura-se alertar para a multiplicidade de manifestações possíveis de paraneoplasia e cuja contextualização e pesquisa de lesão primária necessita de elevado grau de suspeição.

PO-16-20

LINFOMA NÃO-HODGKIN PERIFÉRICO DE CÉLULAS T VARIANTE LINFOEPITELIOIDE

Rita Silvério, Diana Pedreira, Vanessa Figueiredo, Pedro Carreira, Paula Lopes, António Meleiro, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda
CENTRO HOSPITAL DE SETÚBAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os linfomas de células T periféricos são um grupo heterogéneo de neoplasias, geralmente agressivos, que constituem menos de 15% de todos os linfomas não-Hodgkin (LNH) em adultos. Apresenta-se o caso de um homem de 61 anos, admitido na urgência por febre, astenia e sudorese com 3 dias de evolução. Referia erupção cutânea com prurido há cerca de 20 dias, tendo sido medicado com hidroxizina e prednisolona 5mg com resolução completa do quadro. À entrada, no exame objectivo, constatava-se febre (38.7ºC), mucosas descoradas, escleróticas ictéricas e adenopatias cervicais e axilares. Analiticamente de realçar anemia macrocitica, elevação da LDH e hiperbilirrubinémia indirecta. Perante este quadro clínico e laboratorial, considerou-se estar perante um quadro de hemólise aguda e iniciou-se a investigação da sua etiologia, tendo realizado: ecografia abdominal sem hepatoesplenomegália; doseamento de G6FD normal; doseamento de vit.B12 e ác.fólico normais; ferritina elevada; haptoglobina baixa; reticulocitose;esfregaço de sangue periférico com anisocitose,poiquilocitose,policromasia e 3 eritroblastos; infecção por vírus Epstein-Barr; coombs direto e anticorpos a frio positivo, provavelmente por período pós-infeccioso a EBV; ß2-microglobulina elevada; tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica com envolvimento ganglionar nos vários territórios supra e infra diafragmáticos, com multiplos gânglios axilares bilaterais, o mais volumoso com 25mm á esquerda; teste terapêutico positivo com febre que cedeu a naproxeno. Neste contexto clínico e laboratorial decidiu-se efectuar biópsia da adenomegália axilar esquerda, biópsia óssea, medulograma e imunofenotipagem de sangue medular e periférico. Os aspectos morfológicos e imunohistoquímicos dos exames referidos foram compatíveis com o diagnóstico de LNH periférico de células T, variante linfoepitelioide. O doente cumpriu com boa resposta e tolerância, 6 ciclos de quimioterapia com rituximab, ciclofosfamida, vincristina e prednisolona.

PO-16-21

FIBROMA PLEURAL – UM CASO DE NEOPLASIA BENIGNA COM COMPORTAMENTO MALIGNO

Jorge Mendes, Ana Matos, Rui Garcia, José Moura, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, ENFERMARIA E DE MEDICINA A

Introdução: Os tumores fibrosos da pleura são uma patologia rara, representando menos de 5% dos tumores da pleura com uma incidência de 2,5/100000 habitantes. Caso clínico: Mulher, 75 anos, com história de tosse não produtiva com 4 meses de evolução e emagrecimento. Recorre ao serviço de urgência por quadro de dispneia com agravamento progressivo, tosse com expectoração mucosa, sudorese nocturna e temperaturas sub-febris com 5 dias de evolução. Objectivou-se hipocratismo digital, ausência de murmúrio vesicular nos dois terços (2/3) inferiores do hemitórax direito (HD) e úlcera sagrada (US) grau III. Analiticamente apresentava leucocitose (13,7 G/L), com neutrofilia (9,9 G/L) e PCR de 5 mg/dl. Insuficiência respiratória global (pO2=57 mmHg; pCO2=53 mmHg). Na radiografia torácica apresentava opacificação dos 2/3 inferiores do HD, com densificação do parênquima pulmonar homolateral. Na TC observa-se volumosa massa que ocupa quase a totalidade do HD, heterogénea, com áreas de necrose, medindo 17,4x14x19,5 cm, que condicionava desvio anterior do brônquio principal direito (BPD) e dos ramos lobares superior, médio e inferior, com deformação da anatomia abdominal. Realizou broncofibroscopia que mostrou diminuição do calibre do BPD por compressão externa. Biópsias brônquicas com hiperplasia de células basais, sem displasia. Realizou-se biópsia transtorácica guiada por TC cujo resultado histológico foi de tumor fibroso da pleura. O tratamento equacionado foi cirúrgico, mas em reunião de decisão terapêutica, visto tratar-se de uma doente com síndrome demencial, cirurgia recente de redução aberta de luxação recidivada de prótese total da anca e com uma US grau III, optou-se por tentativa de reabilitação da doente e só depois ponderar cirurgia. Conclusão: Este caso relembra-nos que uma neoplasia benigna pode ter um comportamento clínico maligno, reforçando a necessidade de, cada vez mais, valorizarmos e estudarmos os aspectos clínicos que os nossos doentes apresentam.

PO-16-22

SÍNCOPE EM DOENTE COM NEOPLASIA DA CABEÇA E PESCOÇO

Manuel Toscano, Zélia Neves, Ana Rafaela Alves, Patrícia Cipriano
HOSPITAL DE CASCAIS

A síndrome do seio carotídeo é uma manifestação rara de neoplasia da cabeça e pescoço, cuja patofisiologia ainda não se encontra totalmente esclarecida, sendo responsável por 1% dos casos de síncope. Pode surgir como manifestação inicial daquela, como efeito secundário de cirurgia ou radioterapia, ou como indicador de recidiva local, e envolve diagnóstico diferencial extenso. O tratamento é difícil, não existindo ainda guidelines disponíveis. O pacemaker permanente é considerado eficaz e reduz significativamente os eventos de síncope. O tratamento definitivo consiste em excisão cirúrgica do tumor, quimioterapia e/ou radioterapia. Apresentamos o caso de um doente com metástase ganglionar cervical esquerda de neoplasia primária oculta, com múltiplas recorrências ao SU por episódios não explicados de síncope. Realizou ecocardiograma transtorácico, com boa função sistólica global, TC-CE sem sinais sugestivos de lesão aguda, com discreta ateromatose dos troncos arteriais intracranianos, e Holter 24h com ritmo de base sinusal (FC média 56bpm), sem perturbação da condução AV. No entanto, por períodos de bradicardia extrema, com necessidade de atropina, foi colocado pacemaker DDDR. Uma semana após a alta, recorreu novamente por episódio de síncope. Realizou TC cervical que revelou encarceramento e compressão do seio carotídeo esquerdo pela metástase. Após estadiamento (cT0N3M0), realizou 33 sessões de radioterapia (SIB-IMRT), observando-se resposta parcial, sem novos episódios de síncope. No entanto, verificou-se evolução pouco favorável com episódio de obstrução da via aérea alta, com necessidade de traqueostomia, e diversas intercorrências infecciosas respiratórias, com detecção, neste contexto, cerca de 6 meses depois, de volumosa massa pulmonar esquerda em TC tórax. Os autores apresentam o caso pela raridade e dificuldade no diagnóstico e tratamento da síncope em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço.

PO-16-23

LINFANGITE CARCINOMATOSA: A LONGA CAMINHADA DIAGNÓSTICA

Susana Barbosa, Alexandra Esteves, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Alfredo Pinto
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL DE SANTA LUZIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1

A linfangite carcinomatosa corresponde a cerca de 8% das neoplasias pulmonares metastáticas, sendo os tumores primários mais comuns, a mama, o pulmão, estômago, próstata e pâncreas. Caso clínico: Homem, 70 anos, columbófilo e com exposição ocupacional a lã de rocha nos 3 meses anteriores. Admitido no serviço de urgência por queixas de dispneia para pequenos esforços e tosse com 3 semanas de evolução. Radiografia de tórax: infiltrado intersticial bilateral nos 2/3 inferiores dos campos pulmonares. Análises: Hb 15g/dL, Leuc 11510/µl, neutr 83%, plaquetas 235 000, PCR 10mg/dL, função renal e ionograma sem alterações, serologia de VIH 1 e 2 negativa. Admitida pneumonia atípica com insuficiência respiratória hipoxémica, pelo que foi internado medicado com ceftriaxone e azitromicina. No entanto, agravamento progressivo dos infiltrados pulmonares bilaterais. TC tórax: áreas de densificação em vidro.

despolido em todos os segmentos pulmonares e focos de densificação micronodular compatíveis com pneumonite de hipersensibilidade; derrame pleural bilateral de médio volume. Broncofibroscopia sem alterações estruturais e lavado brônquico com linfocitose de 54% e aumento ratio CD4/CD8. Provas funcionais respiratórias: síndrome ventilatório restritivo e diminuição da capacidade de difusão. Precipitinas séricas para penas de pombos negativas. Hemoculturas negativas. Colocada a hipótese de se tratar de uma pneumonite de hipersensibilidade a lã de rocha/pombos, iniciada corticoterapia (1mg/Kg/dia). No entanto, agravamento clínico e dos infiltrados pulmonares, pelo que foram realizadas criobiópsias pulmonares, cuja histologia foi compatível com linfangite carcinomatosa de adenocarcinoma com origem gastro-intestinal. Agravamento clínico progressivo, tendo o doente vindo a falecer. Conclusão: Os autores apresentam este caso com o objetivo de mostrar a importância dos diagnósticos diferenciais, sobretudo na ausência de resposta clínica ao tratamento instituído

PO-16-24

O DESAFIO DA NEOPLASIA OCULTA – UM CASO DE COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO.

Filipa Sousa, Margarida Cruz, Fani Ribeiro, Raquel Cruz, Gorete Jesus
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO

INTRODUÇÃO: A metastização de neoplasia oculta é um desafio frequente para o Internista. O colangiocarcinoma intra-hepático (CCI) representa menos de 10% dos colangiocarcinomas e apresenta-se de forma inespecífica e frequentemente tardia. CASO CLÍNICO: Mulher de 70 anos de idade com dor abdominal no hipocôndrio direito, associada a vómitos biliares e náuseas, anorexia e emagrecimento desde há 1 mês. Exame objetivo com evidência de ascite de grande volume e múltiplas massas palpáveis no hipocôndrio direito e epigastro. Analiticamente com elevação da fosfatase alcalina e GGT, bilirrubinas normais. Ecografia abdominal: múltiplos nódulos hepáticos hipoecogénicos. Rx tórax: extenso derrame pleural à direita. Endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações. TC toracoabdominopelvica: no parênquima pulmonar, formações nodulares bilaterais sugestivas de lesões secundárias. Derrame pleural bilateral. No parênquima hepático múltiplas formações nodulares hipodensas, sugestivas de lesões secundárias. Vias biliares não ectasiadas. Paracentese – líquido peritoneal com células sugestivas de malignidade. Internamento prolongado com necessidade de múltiplas paracenteses e toracocenteses evacuadoras por dispneia intensa. Anatomia patológica com estudo histoquímico de biópsia de nódulo hepático, sugestiva de colangiocarcinoma. Verificado o óbito cerca de 1 mês após o diagnóstico. CONCLUSÃO: O CCI é uma entidade pouco comum, com elevada taxa de mortalidade, em relação com apresentação em estadio avançado por ausência de sintomas na fase inicial. Quando apresenta metastização intra-hepática, torna-se difícil a identificação da lesão primária, podendo o padrão imagiológico assemelhar-se a metastização por via hematogénea de neoplasia à distância. Frequentemente associado e níveis elevados de CA 19-9, este marcador pode ser normal na ausência de antigénio de Lewis.

PO-16-25

LINFOMA INTESTINAL, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Alexandra Caeiro, Guilherme Santos, Ana Messias, Pedro Simões, Maria Helena Pacheco, José Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL, CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL – SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

As neoplasias do intestino delgado correspondem a menos de 3% das neoplasias malignas do trato gastrointestinal (TGI), sendo este o local extranodal mais acometido por linfomas. Linfomas Gastrointestinais primários são bastante raros, e quando no intestino delgado, 20 a 30% são primários. A sintomatologia geralmente vaga dos linfomas do intestino delgado e a sua difícil acessibilidade atrasam o diagnóstico com consequências no prognóstico. Relata-se o caso de um homem de 63 anos, com múltiplos antecedentes pessoais, dos quais se destaca Policitemia Vera, sob Hidroxiureia e flebotomias previamente, que se apresentou na consulta com sintomas B, dor abdominal e perda de peso com 3 meses de evolução, bem como vómitos e melenas recentes. Objetivamente encontrava-se emagrecido, com epigastro doloroso à palpação e sem organomegalias. Analiticamente tinha uma hemoglobina de 14.5 g/dL, leucócitos de 16800/uL, neutrófilos de 14540/uL, plaquetas de 374000/uL, albumina de 19.5 g/dL e ferro sérico de 28 ug/dL com níveis de ferritína normais. Realizou Endoscopias Digestivas que não mostraram alterações, Tomografia Computorizada (TC) abdominal que evidenciava hepatoesplenomegalia, espessamento jejunal e adenomegalias na raiz do mesentério e Entero-TC com alterações da mucosa intestinal colocando-se a hipótese de Doença Celíaca e não se excluindo Doença Linfoproliferativa. Exclusão de Doença Celíaca, ausência de outros sinais de Doença Linfoproliferativa nodal primária e agravamento clínico, o doente foi submetido a laparotomia exploradora com resseção de volumosa lesão sacular após o ângulo de Treitz com lesões estenóticas a jusante até cerca de 50 cm do ângulo de Treitz e com numerosas adenomegalias em toda a extensão do mesentério cujo exame histológico revelou infiltração jejunal e ganglionar por Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B. Doente faleceu ao 23º dia pós-operatório por intercorrência infeciosa (Pneumonia nosocomial).

PO-16-26

UMA DOR NO OMBRO…. POR UM TUMOR RARO E DE MAU PROGNÓSTICO

Luís Castelo-Branco, Sofia Couto da Rocha, Carlos Cabrita, Ana Lopes
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução O diagnóstico diferencial de lesões ósseas presumivelmente metastáticas é vasto e requer uma abordagem diagnóstica cuidada. As principais etiologias são neoplasia do pulmão, mama, próstata, mieloma múltiplo, pele e rim, sendo mais raras outras, como o cancro da tiróide, nomeadamente o anaplásico. Caso-clínico Os autores apresentam o caso duma doente de 76 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorreu à urgência por dor no ombro direito e impotência funcional com três meses de evolução, sem outras queixas. No exame objetivo, apenas a referir, dor e impotência funcional do ombro direito e tiróide palpável, simétrica, móvel à deglutição, sem adenopatias cervicais palpáveis. A avaliação radiológica inicial revelou fratura patológica na clavícula direita e lesões líticas suspeitas de depósito secundário no úmero ipsilateral, razão pela qual foi internada para estudo. Durante o internamento houve instalação progressiva de hemiparesia esquerda, desorientação e dores ósseas generalizadas. A cintigrafia óssea confirmou a existência de múltiplas lesões líticas. A avaliação senológica, dermatológica e laboratorial excluiu cancro de mama, melanoma e mieloma múltiplo. A tomografia computorizada excluiu lesões torácicas ou abdominais e demonstrou duas lesões encefálicas ocupando espaço com edema perilesional extenso, diversas lesões ósseas líticas e volumosa lesão expansiva no lobo direito da tiroide. A sua punção aspirativa revelou tratar-se de carcinoma anaplásico da tiróide. A rápida deterioração do estado geral da doente culminou com o óbito 45 dias após o internamento. Discussão O carcinoma anaplásico da tiroide é um tumor raro correspondendo entre 1 a 10 % de todos os carcinomas da tiróide. É um carcinoma indiferenciado do epitélio folicular, muito agressivo, com uma sobrevida média após diagnóstico estimada em cinco meses. A sua apresentação e evolução clínica, com rápida metastização, é muito variável e inespecífica, como no caso que apresentamos.

PO-16-27

NEVRALGIA DO TRIGÉMEO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA

Rodrigo Valido, Joana Rosa Martins, Filipe Filipe, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte, José Ducla Soares
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA IB

A nevralgia do trigémeo é uma condição incomum, cuja incidência aumenta progressivamente com a idade e está na maioria dos casos relacionada com a compressão da raiz do nervo. Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 53 anos, com antecedentes pessoais de enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial, obesidade e ex-fumador (60 UMA). Iniciou quadro de cefaleia intensa, não pulsátil, à esquerda, com dor ocular e sensação de

alteração da visão, sem outras queixas neurológicas focais ou sistémicas. Foi efetuada TC e RMN CE que evidenciaram exuberante lesão lítica do corpo do esfenóide e clivus e componente de parte moles. Admitiu-se nevralgia trigeminal do território de V1 em relação com as lesões osteolíticas adjacentes. O restante estudo imagiológico efetuado demonstrou a existência de lesões ósseas múltiplas sugestivas de envolvimento secundário confirmada em cintigrafia óssea. A pesquisa de tumor primário identificou lesão localizada no lobo esquerdo prostático, com 22.4 mm x 30.4 mm de maiores eixos com aspetos sugestivos de neoplasia infiltrativa. O exame anatomo-patológico revelou adenocarcinoma acinar da próstata, score histológico de Gleason 9, havendo invasão perineural. A neoplasia da próstata apresenta-se habitualmente com crescimento in situ, invasão local, metastização linfática regional ou metástases ósseas sistémicas constituindo este caso uma primeira forma invulgar de apresentação.

PO-16-28

DA ANEMIA FERROPÉNICA AO CARCINOMA GÁSTRICO

Sara Irina Almeida, Filipa Gomes, Carlos Ramalheira, Rita Dutschmann
HOSPITAL FERNANDO FONSECA, SERVIÇO MEDICINA I

A neoplasia do estômago é a quarta neoplasia mais diagnosticada em todo o mundo, sendo pouco frequente em adultos jovens, não apresentado diferença de distribuição por género. Os fatores de risco são: infeção por Helicobacter pylori, dieta (alimentos fumados), consumo de álcool e tabaco, história familiar de neoplasia gástrica. O diagnóstico é muitas vezes tardio, alterando o seu prognóstico. Os autores apresentam o caso de uma mulher, 27 anos, melanodérmica, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de palpitações e fezes escuras, cansaço de aumento progressivo e epigastralgias com jejum prolongado, com um mês de evolução. À observação destacava-se palidez das mucosas. Dos exames complementares de diagnóstico destacava-se Hemoglobina de 3,9g/dL, microcitica, hipocrómica Ferritina: 3,4 ng/mL. Realizou Endoscopia Digestiva Alta: "extensa úlcera da pequena curvatura antral e face anterior, com vasos visíveis, bordos profundos, de fundo necrótico e consistência dura"; Ecoendoscopia: "tumor que invade a muscularis própria com possível invasão muito focal da serosa e gânglios suspeitos peri-lesionais". A histologia revelou carcinoma de células pouco coesas e presença de Helicobacter pylori. Tomografia computorizada de estadiamento: sem evidência de doença metastizada, admitindo-se o diagnóstico de Neoplasia maligna do antro gástrico (estádio T2N2M0). Encaminhada para a Consulta de Cirurgia Geral e Oncologia sendo proposta quimioterapia neoadjuvante. Não sendo uma patologia comum no adulto jovem, a neoplasia do estômago deve ser equacionada no diagnóstico diferencial da anemia ferropénica, pois o "silêncio" desta doença pode alterar o curso de uma patologia potencialmente curável. O carcinoma de células pouco coesas (anel de sinete) parece ser mais comum em idades mais jovens, com maior predomínio para o sexo feminino. Tem grande capacidade de invasão linfática e vascular, sendo de pior prognóstico nos estádios avançados.

PO-16-29

HIPONATRÉMIA GRAVE - SINDROME PARANEOPLÁSICO DE GIST

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Miguel Ferreira, Paula Peixinho, Ivone Barracha
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - TORRES VEDRAS, SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: O Tumor do Estroma Gastrintestinal (GIST) representa 1% dos tumores gastrointestinais primários. Exibe grande variabilidade clínica, com sintomas inespecíficos, doentes assintomáticos ou síndromes paraneoplásicas. A hiponatrémia euvolémica hipoosmótica afecta cerca de 1-2% de todos os doente neoplásicos. CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 90 anos, com história de diverticulose, anemia crónica e patologia osteoarticular degenerativa. Sem toma de fármacos relevante. Recorre ao SU por quadro clínico de prostração, anorexia e desequilíbrio na marcha desde há 4 dias. Exame objectivo sem sinais de sobrecarga de volume. Laboratorialmente destaca-se: Hg 11.1g/dl, Cálcio 8mg/dl, Glicose 132g/dl e Hiponatrémia 120mmol/L. Osmolaridade sérica 287mOsm/L e função tiroideia sem alterações. Tomografia Computorizada (TC) Crâneo-Encefálica sem evidência de lesão aguda. TC Abdomino-Pélvico: Área de espessamento parietal focal, junto ao cárdia, com 30mm. Endoscopia Digestiva Alta: Lesão submucosa gástrica compatível com GIST/Leiomioma. Foi conseguida correcção de hiponatrémia, sendo que o tratamento adequado nestes casos deve ser o dirigido ao tumor primário, que se conseguido com sucesso, pode normalizar os valores de sódio em semanas. Infelizmente o doente veio a falecer pouco tempo após o diagnóstico.

PO-16-30

SARCOMA MIXÓIDE DOS TECIDOS MOLES

Anusca Paixão, Natália Lopes, Carmen Pais, Andreia Rocha, Rita Silva, Sónia Carvalho, Trigo Faria
CHTMAD, HOSPITAL DE VILA REAL, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Os sarcomas dos tecidos moles (STM) são tumores malignos raros representando apenas 1% das neoplasias do adulto. São um grupo muito heterogéneo de doenças do mesenquima, a sua etiologia é desconhecida e o seu diagnóstico difícil, baseando-se fundamentalmente em aspetos imuno-histoquimicos. Caso Clínico: Homem de 69 anos, previamente autónomo, sem antecedentes patológicos de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia de agravamento progressivo com cerca de uma semana de evolução, ortopneia, e dor torácica de características retrosternal. Imagiologicamente com derrame pleural esquerdo de grande volume, múltiplas nodularidades dispersas de natureza metastática e adenomegalias mediastínicas e hilares. A toracocentese diagnóstica demonstrou tratar-se de um exsudado hemático, sendo realizada biópsia pleural que revelou envolvimento pleural por neoplasia mesenquimal mixoide (lipossarcoma mixoide?/tumor mixoide das bainhas nervosas?) em estadio IV. Do estudo etiológico realizado, a broncofibroscopia identificou lesões endobronquicas cuja biopsia revelou invasão endobronquica metastática de neoplasia mixoide. A TC AP não apresentou lesões, enquanto a TC e RMN cervical evidenciaram massa heterogénea bem delimitada de 4 cm de diâmetro no espaço para-faríngeo direito com captação de contraste. Foi avaliado na Consulta de Grupo Oncológico de Sarcomas, onde se decidiu optar pelo tratamento apenas sintomático. Evolução rapidamente desfavorável que culminou com o falecimento do doente. Conclusão: Os STM são um tipo raro de tumor e a presença de metástases ao diagnóstico é um fator de mau prognóstico, sendo o pulmão o local mais comum de metastização (63%). A sobrevida média após metastização á distância é de 11 a 15 meses. O tratamento destes tumores implica uma abordagem multidisciplinar (anatomopatologia, radiologia, cirurgia, oncologia e radioterapia) consistindo na resseção do tumor primário/lesões metastáticas e/ou tratamento sistémico.

PO-16-31

AVC DE ETIOLOGIA INESPERADA

João Azeredo Costa, Rita Pryce, Mário Rodrigues, Isabel Luiz, Luís Dias
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, SERVIÇO DE MEDICINA 1.2

INTRODUÇÃO: Embora a neoplasia e o acidente vascular-cerebral (AVC) possam co-existir no mesmo doente, não existe uma relação bem estabelecida entre ambas. Apresentamos um caso de uma neoplasia pulmonar que se revelou com AVC. CASO CLÍNICO: Mulher de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, tiroidectomia total por bócio, histerectomia e anexectomia e com prótese da anca direita. Sem tabagismo actual ou no passado. Internada por AVC com sintomas de disartria e desequilíbrio na marcha. À observação a destacar parésia facial central esquerda, afasia, hemiparésia direita grau 4+ de predominionbraquial e reflexo cutâneo plantar em extensão à esquerda. A TC-CE mostrou múltiplas lacunas bilaterais provavelmente não recentes. A radiografia mostrava pequeno derrame pleural esquerdo. Realizou RM-CE que mostrou múltiplas lesões lacunares agudas bilaterais, profundas e corticais, da circulação anterior e posterior. O ecodoppler dos vasos do pescoço e transcraniano, ecocardiogramas transtorácico e transesofágico não revelaram alterações, a pesquisa de causas auto-imunes e infecciosas foram negativas e angiografia cerebral não sugeriu vasculite. Iniciou anticoagulação com enoxaparina que teve que se suspender por transformação hemorrágica (hematoma fronto-parietal esquerdo). A TC de corpo mostrou área sólida do lobo inferior esquerdo, derrame pleural esquerdo e múltiplas adenopatias mediastínicas cuja biópsia revelou carcinoma pulmonar de não pequenas

células. Desenvolveu trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar extensos, bem como enfartes esplénicos e hepáticos, tendo colocado filtro na veia cava inferior. Verificou-se evolução clínica desfavorável que culminou no óbito. CONCLUSÃO: O AVC como manifestação de neoplasia é raro. Existem alguns dados clínicos e imagiológicos que podem sugerir a existência de neoplasia sujacente. Neste caso o AVC foi a manifestação de um carcinoma pulmonar através de síndrome paraneoplásico com tromboses venosas e arteriais.

PO-16-32

TIMOMA ECTOPICO – UM INCIDENTALOMA…

Hélia Mateus, Luísa Teixeira, Rita Rocha, Luís Carvalho, Miguel Pires, Sónia Chan, Amália Pereira, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

O timoma é uma neoplasia rara, sendo no entanto a neoplasia do mediastino anterior mais frequente. É frequentemente diagnosticada na 5ª/6ª décadas de vida, não tem preferência por sexo e, geralmente, apresenta um crescimento lento e indolente. Pode ser diagnosticada como um achado durante a realização de exames por outra razão, ou por sintomatologia devido a compressão de estruturas adjacentes. O diagnóstico implica sempre um estudo anatomopatológico e o tratamento é cirúrgico, associado ou não a radio/quimioterapia. Os autores propõem-se a apresentar o caso clinico de um homem de 51 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e síndrome vertiginoso, admitido na urgência por desorientação têmporo-espacial e discurso repetitivo, autolimitado, associado a tonturas, desequilíbrio e náuseas. Na admissão encontrava-se consciente, colaborante e orientado, hemodinamicamente estável. Não apresentava alterações na auscultação cardio-pulmonar nem a nível abdominal. O exame neurológico sumário apresentava Síndrome de Horner à esquerda. Negava história de traumatismo cervical. A Tomografia Computarizada (TC) craneoencefálica excluiu lesões isquémicas/hemorrágicas agudas ou lesões ocupando espaço. Foi admitido em internamento para estudo complementar. No decurso do internamento realizou TC Tórax que revelou "adenopatia pré-aortica" com captação heterogénea de contraste. Foi referenciado ao Serviço de Cardio-Torácica. O resultado anatomopatológico foi compatível com timoma micronodular em tecido ectópico. Apresentado em reunião de decisão terapêutica e orientado para IPO-Coimbra. Os timomas são tumores raros, geralmente assintomáticos, sendo o seu diagnóstico muitas vezes acidental. Os autores apresentam um caso de um timoma de localização ectópica diagnosticado durante estudo etiológico de um Síndrome De Horner.

PO-16-33

CONGLOMERADOS ADENOPÁTICOS MÚLTIPLOS

Hélia Mateus, Luísa Teixeira, Luís França, Inês Mesquita, Nariel Ferreira, Marta Gôja, Amália Pereira, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA I

O Linfoma não Hodgkin (LnH) corresponde a cerca de 90% dos linfomas e compreendem uma ampla variedade de doenças, dificultando a sua classificação. Os mais frequentes são o linfoma difuso de grandes células B e o linfoma folicular. O diagnóstico é feito pela clinica, alterações analíticas, imagiológicas e anatomopatológicas. O tratamento e o prognóstico dependem do tipo e evolução do LnH. Os autores propõem-se a apresentar o caso de um homem de 46 anos,referenciado à urgência por edemas dos membros inferiores,astenia e perda ponderal,associado a aumento do perímetro abdominal com alguns meses de evolução. Era portador de ecografia abdominal que revelava hepatoesplenomegalia e conglomerados adenopáticos peri-aórticos e ilíacos de grandes dimensões. Na admissão apresentava-se emagrecido,com mau estado geral. As mucosas encontravam-se pálidas. Apresentava edema com godet positivo até à raiz das coxas e hepatoesplenomegalia. Eram evidentes múltiplas adenopatias inguinais, axilares e cervicais, duro-elásticas, indolores, sendo os maiores conglomerados de cerca de 5 cm de diâmetro a nível inguinal. Quando questionado,referiu início de adenopatias cerca de 5 meses antes,desvalorizando o seu aparecimento por ter assumido provável relação com esforço físico intenso. Analiticamente leucocitose, anemia, elevação da LDH e FA. A radiografia do tórax mostrava alargamento do mediastino. Admitido em internamento para estudo. Realizou biopsia de adenopatia axilar direita cujo estudo anatomopatológico foi compatível com LnH tipo folicular. A TAC tóraco-abdomino-pélvica para estadiamento que mostrou existência de múltiplos conglomerados adenopáticos torácicos e abdominais com compressão de estruturas adjacentes. Foi referenciado à consulta de Hematologia. Com este caso os autores pretendem apresentar um caso clinico em que a desvalorização sintomática e a procura tardia dos cuidados de saúde,levaram ao evoluir de uma doença cujo prognóstico piora à medida que a doença progride.

PO-16-34

NÓDULO TIROIDEU, DESAGRADÁVEL SURPRESA

Elsa Campôa, Liliana Pedro, Filipa Azevedo, Raquel Pinho, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, UNIDADE DE PORTIMÃO, SERVIÇO DE MEDICINA 4.

Jovem do sexo feminino com 22 anos de idade, natural da Ucrânia, perto da região de Chernobyl, mas residente em Portugal há 2 anos. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes nem medicação crónica. Encaminhada pelo seu Médico de Família à consulta de Medicina por nódulo tiroideu à direita. Na avaliação verificou-se a presença de uma tiroide palpável, aumentada à direita, mas mole, heterogénea, móvel com a deglutição e sem adenopatias palpáveis. Analiticamente sem alterações no hemograma e função tiroideia dentro dos parâmetros da normalidade com anticorpos antitiroideus negativos. Ecograficamente verifica-se nódulo sólido à direita, isoecogénico, sem calcificações, bem delimitado com cerca de 23mm de diâmetro. Efetuou punção aspirativa ecoguiada que revelou proliferação folicular com padrão papilar, pelo que foi encaminhada para a Consulta de Cirurgia Geral. Efetuou tomografia computorizada cervical que não revelou presença de adenopatias ou outras alterações significativas pelo que foi intervencionada cirurgicamente com tiroidectomia total, que decorreu sem intercorrências. Histologicamente verificou-se a presença de um carcinoma folicular minimamente invasivo: pT1b pNx pMx. Assim, verifica-se que apesar dos nódulos tiroideus serem muitas vezes benignos, o seu aparecimento em extremos etários pode ser um sinal de alerta para despiste de malignidade. No presente caso, além da baixa idade da doente salienta-se a origem de uma região afetada no seu passado por grande radioatividade, que apesar de não comprovado é uma das hipóteses etiológicas desta situação clinica.

PO-16-35

"AS VICISSITUDES DE UMA DOENTE CIRÚRGICA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA."

Daniana Condado, Cátia Carvalho, Joana Diogo, Aline Gonçalves, Emanuel Duarte, José Malhado
CHLC-HOSPITAL CURRY CABRAL- MEDICINA 7.1

A neoplasia da vesícula biliar é a quinta neoplasia mais comum do tracto gastrointestinal e o mais frequente dos tumores da árvore biliar. Ocorre predominantemente em mulheres e a sua incidência aumenta com a idade, cerca de 90% dos pacientes têm idade superior a 50 anos. Apresenta-se o caso de uma mulher de 74 anos, caucasiana, com história pessoal de fibrilhação auricular permanente, cardiopatia hipertensiva e neoplasia da vesícula com invasão do cólon e do fígado diagnosticada há 1 ano, com indicação cirúrgica recusada pela mesma, proposta para quimioterapia, seguida em Consulta de Cirurgia Hepato-Biliar. Recorreu ao SU por vómitos persistentes, prostração e alteração do trânsito intestinal desde há 2 semanas. Ao exame objectivo destacavam-se pele e escleróticas ictéricas e dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica (Hb 11.3 g/dL), hipoalbuminemia 29.2 g/L, bilirrubina total 5.17 mg/dL, bilirrubina directa 3.81 mg/dL, AST 99 U/L, ALT 77 U/L, GGT 481 U/L, fosfatase alcalina 548 U/L, LDH 234 U/L, hipocaliemia 3 mEq/L e VS 59 mm. Urina II com leucocitúria 322 U/L. Observada por Cirurgia durante o internamento por manter intolerância à dieta, apesar de terapêutica instituída. O estudo radiológico gastro-duodenal com contraste iodado revelou estenose duodenal secundária a invasão tumoral. Colocada prótese gastro-

duodenal, após primeira tentativa sem sucesso. A tolerar dieta sem resíduos. Reinternamento 2 meses depois com as mesmas queixas, mas desta vez num contexto de uma sepsis a Escherichia coli de ponto de partida abdominal, em abcessos hepáticos que reverteu após antibioterapia com Piperacilina-Tazobactam. Este caso pautou-se por um diagnóstico tardio como frequentemente acontece na neoplasia da vesícula biliar, o que associado à recusa cirúrgica e à rápida progressão da doença, nos levou a um nível de actuação paliativo, na resolução das complicações e tratamento das intercorrências infecciosas.

PO-16-36

INFEÇÃO...E NEOPLASIA CONCOMITANTE?

Sara Freire, João Seabra Barreira, Nádia Simas, Eva Brysch, Catarina Antunes, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL PULIDO VALENTE, SERVIÇO DE MEDICINA III

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 84 anos, caucasiana, dependente, com antecedentes relevantes de Hipertensão Arterial, exérese de melanoma (membro superior esquerdo) e nódulo pulmonar em vigilância. Foi internada através do serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução de febre sem foco aparente. À observação destacava-se abdómen difusamente doloroso à palpação profunda de todos os quadrantes. Analiticamente apresentava proteína C reactiva (PCR) 16.5 mg/dL, hemoglobina 10.0 g/dL, leucócitos 3.89x109/L. A radiografia de tórax não apresentava consolidação pleuroparenquimatosa. O electrocardiograma não apresentava alterações relevantes. À admissão assumiu-se traqueobronquite aguda e instituiu-se empiricamente amoxicilina/clavulanato. As hemoculturas e urocultura previamente colhidas não isolaram agente etiológico. Por manter febre e apresentar agravamento dos parâmetros inflamatórios, alterou-se antibioterapia para Levofloxacina e posteriormente, para Piperacilina/Tazobactam. Contudo, manteve-se febril e PCR persistentemente na ordem dos 20 mg/dL. Realizou ecografia abdominal que revelou conglomerados de volumosas adenomegalias patológicas aorto-ilíacas e mesentérica. A tomografia computorizada (TC) toracoabdominopelvica relatou volumoso conglomerado adenopático lombo-aórtico, múltiplas adenopatias infradiafragmáticas e esplenomegália ligeira com morfoestrutura nodular. Realizou biópsia aspirativa ganglionar guiada por TC, cuja histologia se revelou compatível com Linfoma de Hodgkin clássico de celularidade mista. Da reavaliação analítica complementar destaca-se beta 2 microalbumina 7.53 mg/dL, Enolase neuro-específica 39.7 ug/L, carcino-antigénio 125 108 U/mL. O quadro febril e abdominal regrediu após introdução de terapêutica com naproxeno e teve alta para o domicílio com Consulta de Hematologia programada. Cerca de 2 semanas após a alta foi internada por deterioração do estado geral no Serviço de Hematologia, onde veio a falecer.

PO-16-37

"FORA DA CAIXA" – DOENÇA METASTÁTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA DO PULMÃO

Ana Luísa Matos, Francisco Marques, António Aragão, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando de Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A

As neoplasias do pulmão são a segunda causa mais frequente de cancro no homem e a primeira causa de mortalidade oncológica nos países desenvolvidos. Num terço dos casos a sua primeira manifestação é determinada por localizações extrapulmonares. O carcinoma de pequenas células do pulmão (CPCP), correspondente a 15% das neoplasias pulmonares, tem uma agressividade maior que os restantes subtipos e, apesar de altamente quimiossensível, tem associado um prognóstico muito reservado, uma vez que em 70% dos casos é diagnosticado num estádio já avançado. Apresentam-se dois casos paradigmáticos, em que o estudo de doença extrapulmonar levou ao diagnóstico final de CPCP, ambos com sobrevida curta após o diagnóstico. Caso clinico 1: Homem de 89 anos com anorexia e dor abdominal localizada ao hipocôndrio direito com um mês de evolução. Apresentava alteração da enzimologia hepática com predomínio de colestase e hiperbilirrubinémia direta em relação com nódulo hepático único no segmento V e dilatação das vias biliares intrahepáticas de predomínio esquerdo. A Biópsia foi compatível com CPCP. Por agravamento do estado geral e hiperbilirrubinémia em crescendo, colocou drenagem biliar externa. Iniciou seguimento em Pneumologia, onde iniciou carboplatina+etoposido (CE). Caso clinico 2: Homem de 62 anos, internado para estudo de massas submandibulares não dolorosas com 2 meses de evolução. Biopsada a massa de maior dimensão foi diagnosticado CPCP. A realização de TC que revelou massa parahilar direita, compatível com lesão primitiva, e metástases parotídeas, submaxilares, cervicais, suprarrenais, vesicais e peritoneais. Fez tratamento com CE e foi pedida inserção em Cuidados Paliativos. Três meses depois do diagnóstico, desenvolveu alteração do estado de consciência, tendo sido demonstrada metastização cerebral. Faleceu 4 meses após o diagnóstico.

PO-16-38

PNEUMONITE INTERSTICIAL AO PACLITAXEL E/OU À CICLOFOSFAMIDA EM DOENTE COM NEOPLASIA DA MAMA

Cristiana Canelas Mendes, Gustavo Nobre de Jesus, João Madeira Lopes, Rui M. M. Victorino, J. Meneses Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA. SERVIÇO DE MEDICINA 2.

As pneumonites intersticiais (PI) ao paclitaxel (P) e à ciclofosfamida (C) têm incidências, respectivamente, de 1 a 4% e < 1%. Apresenta-se um caso de PI atribuída aos fármacos acima referidos, com evolução favorável sob corticoterapia. Uma doente de 60 anos, com neoplasia da mama esquerda, após 4 ciclos de doxorrubicina 100 mg e C 1000 mg ev de 21/21 dias, iniciou P 138 mg ev semanal. Ao oitavo ciclo de P iniciou dispneia e tosse não produtiva, sem alterações à observação pulmonar. Tinha anemia ligeira, leucócitos e plaquetas normais, PCR 25 mg/dL, procalcitonina 0.2 µg/mL, pH 7.47, pO2 84.1 mmHg, pCO2 28.9 mmHg, HCO3- 22.7 mmol/L, Sat 97%. Hemoculturas, antigenúrias para Legionella e pneumococcus e serologias para os vírus influenza A e B negativas. Cicatriz serológica para citomegalovírus. Radiografia do tórax com padrão intersticial bilateral e TC torácica com densificações reticulares e em vidro despolido nos lobos superiores, médio, língula e metade superior dos lobos inferiores e padrão em mosaico nos lobos inferiores. Feito o diagnóstico de PI ao P e/ou à C, iniciou prednisolona 40 mg/dia, verificando-se, 48 horas depois do seu início, regressão do quadro clínico. A radiologia, semanas depois, mostrou regressão total das lesões pulmonares. A PI a P e a C desenvolvem-se, respectivamente, de horas a semanas e até 6 meses após a administração dos fármacos. Os quadros clínicos agudos/subagudos e incaracterísticos podem complicar-se de insuficiência respiratória e edema pulmonar de causa não cardíaca. A radiologia, também incaracterística, tem imagens reticulo-nodulares e, por vezes, de consolidação focal. O diagnóstico obriga, com frequência, à exclusão de processo infeccioso ou neoplásico. A terapêutica é de suporte e com corticóides. O prognóstico habitualmente é favorável, mas podem ter evolução fatal. A PI acima descrita é uma complicação rara da quimioterapia, não sendo possível concluir qual o papel etiológico específico de cada um dos fármacos.

PO-16-39

DERRAME PLEURAL MALIGNO - MESOTELIOMA

Sheila Koch Jamal, Sérgio Lascasas, Adelaide Moutinho, Marta Meleiro Lisboa, Cátia Diogo, Cristiana Sousa
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, UNIDADE HOSPITALAR DE CHAVES - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO O mesotelioma pleural é o tipo mais comum de mesotelioma maligno, representando cerca de 75% dos casos. É uma neoplasia rara e de prognóstico reservado, cujo principal factor de risco é a exposição a asbestos. O diagnóstico é difícil devido a manifestações geralmente inespecíficas e tardias, de entre as quais o derrame pleural é frequente. CASO CLÍNICO Sexo masculino, 69 anos, sem hábitos tabágicos, com antecedentes de exposição profissional a amianto, múltiplos factores de risco cardiovasculares e derrame pericárdico de etiologia não esclarecida, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia com agravamento progressivo e toracalgia direita com um mês de evolução. Os exames complementares revelaram derrame pleural direito de moderado volume com espessamento pleural e atelectasia do lobo inferior direito, internado para estudo. Por ausência de resposta a terapêutica diurética,

efectuou-se toracocentese diagnóstica com colocação de dreno torácico e realização de biópsia pleural, apresentando o líquido pleural características compatíveis com exsudado e com pesquisa negativa de células neoplásicas. Excluiu-se causa infecciosa/auto-imune e a biópsia confirmou posteriormente o diagnóstico de mesotelioma epitelióide. Iniciou tratamento com radioterapia local e quimioterapia com Permetrexedo e Carboplatino, mantendo no entanto derrame pleural maligno de grande volume, com necessidade de ser submetido a pleurodeses em contexto de novo internamento, e mantendo-se com seguimento em consulta de Oncologia. CONCLUSÃO O interesse deste caso centra-se na importância de uma anamnese completa, e de como a identificação de factores de risco permitiu direcionar o estudo do derrame pleural, já que, uma vez excluída causa cardíaca e outras etiologias, apenas com a realização de biópsia pleural foi possível o diagnóstico. Além disso, ilustra como o derrame pleural maligno pode ser a única manifestação de uma neoplasia, e quais as suas características e abordagem.

PO-16-40

SIMPLESMENTE COMPLICADO

Andre Valente, Isa Agudo, Cesar Vieira, Ursula Segura, Zelia Neves, Ana Serrano, Paula Bogalho, Maria Helena Pacheco, José António Malhado
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - SERVIÇO DE MEDICINA 7.1

O melanoma, neoplasia cutânea de pior prognóstico, é com maior frequência diagnosticado na sequência de investigação de lesão cutânea com características de risco. Em casos raros pode ser diagnosticado na abordagem de lesões secundárias, não se identificando a lesão primitiva. Nestes casos, o diagnóstico é muitas vezes demorado, agravando ainda mais o prognóstico. Os autores descrevem o caso de mulher, 66 anos, caucasiana, sem história familiar de neoplasia, enviada a consulta de medicina por tumefacção axilar direita, com 1 ano de evolução, ecograficamente compatível com conglomerado adenopático. Assintomática, sem adenopatias em outros territórios periféricos, sem hepatosplenomegália. TC do Tórax e Ecografias mamária e tiroideia sem alterações. Biópsia excisional, compatível com Neoplasia de Elevado Grau, provável Paraganglioma. Analiticamente Hb 11,5 g/dL, catecolaminas e metanefrinas urinárias dentro da normalidade (Dopamina 288 ug/Tempo, Epinefrina 14,34 ug/Tempo, Norepinefrina 68,70 ug/tempo, metanefrinas 156 ug/dia, normetanefrinas 291 ug/dia), VS 29 mm, Cortisol salivar 0,628 ug/dL, cortisol urinário 68,4 ug/dia, ACTH 17,90 pg/mL, calcitonina <2 pg/mL, IFG1 37 ng/mL, ferro sérico 111 ug/dL, ferritina 109 ng/mL, transferrina 204 mg/dL. Cromogranina A dentro da normalidade. Realizou TC CTAP e CE, sem alterações, e posteriormente PET FDG, com fixação marcada apenas na tumefacção axilar. Estudo genético sem mutações germinais nos genes estudados. Foi repetida biópsia, com perfil imunocitoquímico a favor de matástase de melanoma. Não foi encontrada lesão primitiva. A doente foi referenciada à Oncologia, onde iniciou Quimioterapia, vindo a falecer posteriormente por progressão da doença.

PO-16-41

QUANDO UM AZAR NÃO VEM SÓ: A PROPÓSITO DE UM CASO RARO.

Joana Freitas, Clara Gomes, Abilio Vilas Boas.
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

Introdução: O cancro do pulmão é a 2ª neoplasia mais frequente, sendo o adenocarcinoma (ADC) o subtipo mais comum. Os Linfomas Não-Hodgkin (LNH) representam 2/3 de todos os cancros linfóides, sendo os mais indolentes mais comuns em adultos. O folicular é o 2º subtipo mais comum. A coexistência de LNH com ADC do pulmão é muito rara. Caso Clínico: Homem, 69 anos, ECOG 0, sem antecedentes de relevo, não fuma. Há meio ano com dor lombar e coxofemoral bilateral de difícil controlo, incapacitante nos últimos 2 meses, com perda ponderal de 11%. Sem anorexia, astenia, hipersodurese noturna, febre ou incontinência de esfíncteres. Foi encaminhado para ortopedia e fez ressonância magnética nuclear da coluna (01/2016): massa de tecidos moles intracanalar a estender-se de L5 a S3, que comprime o fundo de saco tetal e trajetos radiculares e se insinua nos buracos de conjugação. Em 02/2016 foi à urgência por agravamento da dor. Apirético, hemodinamicamente estável, adenomegalia supraclavicular, analiticamente sem alterações de relevo. Radiografia do tórax: imagem nodular no mediastino superior, à direita da crossa da aorta. Internado para estudo. TC toraco-abdomino-pélvico: vários nódulos dispersos no pulmão direito, com massa no lobo superior adjacente ao mediastino, 62x34 mm, suspeita de neoplasia; adenomegalias axilares e inguinais bilaterais. Feita biópsia da massa intracanalar e óssea: neoplasia com características morfológicas e imunohistoquímicas de linfoma B. Biópsia aspirativa de adenomegalia supraclavicular (realizada para efetuar imunofenotipagem): ADC, com imunoreatividade intensa para TTF1 (compatível com origem pulmonar). Ecografia da tiroide, TSH, T4L e eletroforese das proteínas sem alterações, aumento da B2 microglobulina. De momento sob corticoterapia e em avaliação por hematologia e consulta de grupo oncológico pulmonar. Conclusão: O caso ilustra um exemplo de diagnóstico simultâneo de duas neoplasias primárias na ausência de síndromes genéticos.

PO-16-42

UMA CAUSA ATÍPICA DE DOR LOMBAR CRÓNICA

Jandir Patrocínio, Rodrigo Moraes, Filipe Carvalho, Marta Vaz, Lúcia Proença, Marinela Major, Fernanda Louro
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

A dor lombar crônica é uma doença comum que se estima afectar entre 14 a 48% da população em todo o mundo. Entre as várias etiologias, o cancro é uma causa rara. Os autores apresentam um caso de carcinoma do pulmão metastático não diagnosticada que resultou em fratura patológica da 1ª vértebra lombar. Trata-se de um homem negro de 59 anos de idade, natural de Angola. Antecedentes de malária na infância, pai e irmão falecidos com cancro do pulmão, irmã falecida com neoplasia hepática. Início dos sintomas um ano antes do internamento com dor lombar intermitente e que agravava com o aumento das cargas axiais. Três meses antes do internamento notou agravamento da dor lombar com irradiação para a região posterior do quadril e coxa direita, sem outros sintomas associados. O exame objectivo apresentou-se sem alterações. Analiticamente com anemia (Hb 11,4 g / dL) normocítica normocrómica, sem mais alterações. A tomografia da coluna lombar mostrou uma neoplasia multifocal no corpo vertebral de L1 com uma fratura patológica, que sugeriu metastização. A pesquisa para o tumor primário foi iniciada e 2 nódulos foram detectados no lóbulo superior do pulmão direito por CT-scan e vários nódulos e micronódulos no pulmão esquerdo. Com este estudo também foi encontrado um nódulo hipodenso no lobo direito da glândula tiróide. A biópsia pulmonar guiada por TAC mostrou carcinoma de pulmão não de pequenas células e a biópsia da tiróide guiada por ecografia mostrou carcinoma folicular de tiróide. A metastização óssea é uma manifestação comum de muitos tumores sólidos, é uma apresentação muito rara de cancro do pulmão e quando acontece representa um mau prognóstico.

PO-16-43

QUANDO A DISPNEIA É APENAS A "PONTA DO ICEBERG"

José Eduardo Mateus, Pedro Lopes, Carlos D. Silva, João Fonseca, Diana Ferreira, João Porto, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - MEDICINA A

Introdução: Um derrame pleural pode ter inúmeras causas, sendo as mais frequentes insuficiência cardíaca, pneumonia, neoplasia e tromboembolia pulmonar. A análise do líquido pleural (LP) é uma importante ferramenta na investigação etiológica. No entanto, uma história clínica (HC) bem executada e exame objetivo (EO) cuidadoso podem ser suficientes para o diagnóstico. Descrição do caso: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 55 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e mastectomia esquerda por neoplasia da mama (NM) há 15 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia com duas semanas de evolução e de agravamento progressivo, sem ortopneia, dispneia paroxística nocturna, febre ou toracalgia. Ao EO apresentava cicatriz de mastectomia à esquerda e lesões crusto-vesiculosas confluentes ocupando toda a mama direita, com destruição da região periareolar e mamilar e diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Perante estes achados ao EO, a doente

referiu que dois meses antes tinha sido diagnosticada mastite, tendo sido medicada com cefaclor, betametasona mais ácido fusídico e hidroxizina. Radiografia de tórax com derrame pleural à esquerda. Analiticamente Ca 15-3 556U/ml (N=3.5-27), sem outras alterações. LP compatível com exsudato e citologia com células neoplásicas. Biópsia da lesão revelou NM com invasão da epiderme. Imunohistoquímica negativa para receptores de progesterona e estrogénios e ausência de amplificação da mutação de HER2. TC-toráx revelou várias adenopatias mediastínicas e hilares. Conclusão: Os autores pretendem realçar a importância da HC na prática clínica diária. Os antecedentes oncológicos devem ser sempre tidos em consideração na avaliação de um doente, mesmo que o próprio não mencione ou não valorize sintomatologia suspeita de recidiva, como as lesões cutâneas exuberantes no caso apresentado. A NM tripla-negativa tem habitualmente um comportamento agressivo, com pior prognóstico em comparação com outros subtipos de NM.

PO-16-44

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DO PULMÃO: UMA ENTIDADE RARA

Jorge Manuel De Castro, Maria João Lobão, Lúcia Taborda, Sofia Ribeiro, Isabel Serrano, José Paxiuta, Amanda Fernandes
HOSPITAL DE CASCAIS – DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ESPECIALIDADES MÉDICAS

O pseudotumor inflamatório do pulmão (PIP) é uma entidade rara, benigna, de etiologia mal esclarecida. Apresenta-se o caso de um homem de 25 anos, natural da Ucrânia, saudável, com história de edema assimétrico dos membros superiores, febre vespertina e tosse irritativa com meses de evolução. Foi referenciado ao Serviço de Urgência do hospital após realização de radiografia do tórax que mostrava lesão hipotransparente de grandes dimensões nos 2/3 superiores do hemitórax direito (HD). Ao exame objectivo destacava-se diminuição do murmúrio vesicular no HD. Não se objectivou febre, adenomegalias ou visceromegalias palpáveis. Analiticamente, apresentava-se com leucocitose com neutrofilia (87%), LDH 238UI/L, VS 43mm/h e PCR 7,79mg/dL. A tomografia computorizada torácica efectuada mostrou extensa massa no HD de 22cm de eixo longitudinal com invasão mediastínica, vascular e cardíaca e adenopatias mediastínicas e abdominais. A biopsia da lesão revelou aspectos compatíveis com PIP. Por discordância anatomopatológica e comportamento radiológico sugestivo de malignidade, repetiu biópsia que confirmou o diagnóstico. Ecograficamente confirmou-se invasão cardíaca auricular sem repercussão hemodinâmica. A restante investigação complementar efectuada permitiu excluir outros diagnósticos diferenciais. Foi referenciado à consulta de Cirurgia Cardiotorácia para decisão da melhor estratégia de intervenção. Dada a dimensão da massa e impossibilidade técnica de a ressecar, foi mantido em vigilância clínica sob corticoterapia. O PIP representa cerca de 0,7% de todos os tumores pulmonares mas que deve sempre ser pensado no diagnóstico diferencial de massa pulmonar, principalmente em jovens. Apesar de benigno, pelo seu comportamento local, pode ser irresecável.

PO-16-45

CASO DE HIPERPROLACTINEMIA NO CONTEXTO DE LESÃO ESFENOIDAL

Luís Vieira Lemos, Inês Pita, Miguel Joana, Isabel Camões
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Dores osteo-articulares são sintomas inespecíficos e comuns a muitas patologias. A brucelose como doença sistémica pode atingir qualquer órgão e ou sistemas, com manifestações sistémicas e/ou osteoarticulares, podendo apresentar lesões graves com complicações incapacitantes. CASO CLÍNICO: Mulher de 37 anos, casada e pastora de gados caprinos com quadro de gonalgia bilateral do tipo infamatório com cerca de 3 meses de evolução, a qual se associou dor na articulação coxo-femoral direita e impotência funcional. Observada no serviço de urgência de ortopedia foi medicada com antiinflamatórios por lombociatalgia de esforço. Internada em Agosto/2014, por persistência das queixas articulares com sinais de artrite e suspeita de overdose de paracetamol usado na resolução das queixas algicas. Dos exames realizados: Anemia Hb 9,2g/l; VS 82 mm/1ª hora, serologia para brucela IgG e IgM positivos, prova de Rosa Bengala positiva , Huddleson positiva (1/1280), duas hemoculturas positiva para brucella melitensis. Sem alteração nos exames de imagens nomeadamente Rx tórax, Tc lombosagrada e da bacia. Iniciou antibioterapia com doxicilina e rifampicina. CONCLUSÃO: A brucelose é a zoonose mais comum em todo mundo, que apesar dos esforços, ainda constitui um problema de saúde pública e económico em muitos países. A sua prevalência tem vindo a aumentar devido o crescimento do turismo, dai a necessidade de realização história clinica exaustiva, para orientação diagnóstica e terapêutica eficaz evitando as complicações graves e recidivas frequentes.

PO-16-46

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR- O DESAFIO DE UM DIAGNÓSTICO

Raquel Sousa, Bárbara Pedro, Ricardo Miranda, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR DR. FERNANDO FONSECA,EPE

O síndrome da veia cava superior (VCS) resulta da obstrução intrínseca ou extrínseca da VCS, constituindo a neoplasia pulmonar a etiologia mais comum. Doente do sexo feminino, de 54 anos de idade, fumadora, recorre ao serviço de urgência (SU) por odinofagia, disfagia para sólidos e líquidos associado a tosse não produtiva com três semanas de evolução. No SU constatado edema e pletora facial com engurgitamento venoso jugular e superficial, sem estridor. A radiografia torácica apresentava alargamento do mediastino. A tomografia computorizada (TC) torácica demonstrou lesão infiltrativa do mediastino com encarceramento da veia cava superior com trombo endoluminal e provável infiltração neoplásica do esófago. Não se documentavam adenopatias valorizáveis ou massas pulmonares. Por não apresentar clínica de edema cerebral e com TC de crânio não sugestiva foi transferida para enfermaria sob corticóides, diuréticos e anticoagulação, sintomaticamente melhorada. Submetida a endoscopia digestiva alta e broncofibroscopia, ambas sem sinais diretos de tumor e com exame histológico sem evidência de neoplasia. O estudo analítico sem alterações relevantes, excluindo-se também doença linfoproliferativa ou tumor germinativo. Na impossibilidade de punção por mediastinoscopia e após exclusão de lesões de maior acessibilidade em TC de corpo foi submetida a ecoendoscopia que documentou estenose esofágica com massa infiltrativa em janela aortopulmonar. A biópsia, tecnicamente difícil pela proximidade de grandes vasos, revelou adenocarcinoma de origem pulmonar. Pretende-se salientar a dificuldade diagnóstica neste caso em particular e a necessidade de terapêutica e diagnóstico célere pela probabilidade de vir a constituir uma emergência oncológica com obstrução da via aérea ou hipertensão intracraniana.

PO-16-47

NEUROFIBROMATOSE TIPO1: UMA DOENÇA HETEROGÉNEA E IMPREVISÍVEL

Ana Rafaela Araújo, Juliana Castelo, Luís Fontão, Mariana Branco, Marta Lopes, Renata Silva, Joel Pinto, Beatriz Pinheiro, Catarina Santos
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - AVEIRO, SERVIÇO DE MEDICINA; CENTRO HOSPITALAR ENTRE O DOURO E VOUGA, SERVIÇO DE NEUROLOGIA

A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença autossómica dominante, causada por mutações no gene NF1, no cromossoma 17q11.2. Caracteriza-se por múltiplos neurofibromas, manchas café-au-lait e nódulos de Lish na íris, com expressão clínica variável consoante a idade. Os tumores da série glial são, também, mais frequentes, com localização habitual nas vias ópticas, cerebelo e tronco cerebral. Homem, 28 anos, autónomo, seguido em consulta de Neurologia por NF1. Sem outras patologias nem medicação crónica. Aos 13 anos, inicia seguimento por Pediatria, onde foi objetivado: múltiplas manchas café-au-lait (< 15), efélides inguinais, neurofibromas no abdómen e tronco e nódulos de Lish na íris. Tinha antecedentes de NF1 na família. Foram excluidas complicações ortopédicas, cardiovasculares, renais e endocrinológicas. A ressonância magnética cranioencefálica (RM CE) mostrou hiperdensidades palidais bilaterais, cerebelosas e dos pedúnculos cerebrais, enquadráveis na NF1. Manteve-se assintomático do ponto de vista neurológico e sem intercorrências (com rastreio de possiveis complicações).Em 2008 repete RM CE: lesão junto ao aqueduto de

Sylvius (AS). Em 2012 a RM CE mostra crescimento da referida lesão, com 6mm de diâmetro. Foi avaliado por Neurocirurgia (NC), que pelas caraterísticas imagiológicas e evolução lentamente progressiva destas lesões (provável astrocitoma pilocítico) optou por estratégia ´wait and see´. As RM CE de controlo evidenciaram novo crescimento: 17,6 mmx11,6 mm e compressão do AS em 2015. Apesar de se manter sem sinais de hidrocefalia ou síndrome de parinaud, está em processo de decisão por parte da NC sobre a melhor abordagem cirúrgica, mas será seguramente intervencionado. A NF1 é uma doença complexa, altamente variável de doente para doente e mesmo dentro da mesma família, sendo impossível perceber o seu curso e gravidade. Neste caso, a decisão a favor de cirurgia prende-se com o risco de desenvolver hidrocefalia e não com a evolução para malignidade.

PO-16-48

DOENÇA ÓSSEA METASTÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Carolina Ferreira, Vanessa Barcelos, Filipa Rebelo, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

A doença óssea metastática constitui a terceira forma mais comum de metastização à distância de tumores sólidos (pulmão, mama, próstata, tiróide e rim) e neoplasias hematológicas. Os autores relatam o caso de uma mulher de 41 anos, caucasiana, com antecedentes de vitiligo e depressão, observada no Serviço de Urgência por quadro com 12 meses de evolução de dor dorso-lombar de carácter mecânico, com irradiação esporádica para os membros inferiores. À observação: apirética, com empastamento palpável no quadrante superior da mama esquerda, sem adenopatias periféricas. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica, sem outras alterações. Radiografia do tórax, com lesões líticas em ambas as omoplatas e fratura do 7º arco costal direito; tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar com múltiplas lesões osteolíticas, sugestivas de depósitos secundários. Admitida para estudo no Serviço de Medicina Interna. Do estudo complementar realizado: laboratorialmente sem lesão renal ou hipercalcémia, fosfatase alcalina normal, β2-microglobulina elevada, electroforese das proteínas com pico monoclonal (2.5g/dL); TC toraco-abdomino-pélvico sem outras alterações valorizáveis; ecografia da mama com nódulo heterogéneo no quadrante superior externo da mama esquerda, cuja histologia por biópsia foi sugestiva de alterações fibroquísticas; aspirado medular com 29% de plasmócitos atípicos. A imunofenotipagem confirmou o diagnóstico de Mieloma Múltiplo. Alta para o domicílio com dor controlada e orientada para início terapêutico de regime CyBorD, em ambulatório. A dor óssea associada a lesões líticas e anemia é sugestiva de Mieloma Múltipla. Este caso representou um desafio peculiar por se tratar de uma mulher com menos de 50 anos de idade, cujas alterações iniciais poderiam ser igualmente enquadráveis no contexto de neoplasia da mama, atendendo à sua maior prevalência. Exemplifica, portanto, a complexidade e dificuldades que podem surgir durante a investigação de um tumor primário.

PO-16-49

EVOLUÇÃO FULMINANTE DE CARCINOMA HEPATOCELULAR NA GRAVIDEZ

Ricardo Miranda, Raquel Sousa, Bárbara Pedro, Tereza Patricia, Fernando Aldomiro
HOSPITAL PROFESSOR FERNANDO FONSECA, MEDICINA INTERNA II

O Carcinoma hepatocelular (CHC) é uma neoplasia muito rara durante a gravidez, traduzindo um pior prognóstico nestas doentes quando comparado com mulheres não grávidas. Apresentamos um caso de uma doente do sexo feminino, 40 anos de idade, natural da Guiné-Bissau, com antecedentes pessoais de Hepatite B (HBV) crónica e com dois filhos falecidos aos 18 e 19 anos de idade com neoplasia hepática. Recorreu na 22ª semana de gravidez ao serviço de urgências (SU), em contexto de dor abdominal localizada no hipocôndrio direito sem outros sintomas acompanhantes. De positivo no exame objectivo a presença de Murphy vesicular positivo. A ecografia abdominal excluía patologia aguda revelando um nódulo isoecogénico com halo hiperecogénico medindo 43x36mm presente num fígado de dimensões no limite superior da normalidade. Após alívio sintomático foi referenciada para seguimento em consulta externa, tendo a gravidez decorrido sem outras intercorrências. Na segunda semana de puerpério, por recorrência da sintomatologia álgica é observada em SU destacando-se analiticamente anemia microcitica e hipocrómica e padrão de citocolestase. A ecografia abdominal revelou volumosa hepatomegalia com inúmeros micronódulos hipoecogénicos dispersos e duas lesões nodulares dominantes, de 6 cm e 14 cm. Internada em enfermaria, onde se salienta do estudo: carga viral DNA HBV de 28740000 cópias genótipo A; Tomografia computorizada trifásica que revelou alterações compatíveis com hepatocarcinoma multifocal e múltiplas lesões secundárias no tórax. Com o diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular Estadio C (Barcelona Clinic Liver Cancer) a doente iniciou sorafenib e foi proposta para terapêutica paliativa após discussão em equipa multidisciplinar. Com este caso, pretendemos relevar o impacto que a gravidez pode ter na evolução desfavorável e fulminante em neoplasias como CHC, devendo estar presente no diagnóstico diferencial da doente grávida em especial na presença de fatores de risco como infeção HBV ativa.

PO-16-50

TROMBOEMBOLISMOS ARTERIAIS COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renato Maia Nogueira, Cláudia Maio, Celeste Guedes, Augusto Duarte
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Introdução: As complicações tromboembólicas são uma complicação frequente das neoplasias malignas, ocorrendo maioritariamente na circulação venosa, sendo raros os casos de tromboembolismos arteriais em doentes que não estejam sob quimioterapia. Caso Clinico: Homem, 63 anos, antecedentes tabágicos. Recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia temporal pulsátil, amaurose fugaz e febre com 2 dias de evolução. Objetivamente com hipovisão à direita e Mingazinni positivo à esquerda. Analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios e anemia. TC-CE com hipodensidades parenquimatosas cortico-subcorticais assimétricas temporo-occipito-parietais bilaterais compatíveis com enfartes isquémicos e lesões peri-rolandicas à direita e parietal esquerda compatíveis com lesões isquémicas sequelares. Ecocardiograma transesofágico sem massas ou vegetações. Ficou internado e iniciou hipocoagulação. Estudo protrombótico negativo. RMN cerebral com múltiplas lesões vasculares isquémicas recentes em ambos os hemisférios e várias lesões de vasculares antigas. TC-toraco-abdomino-pélvico: consolidação nodular pulmonar com derrame pleural homolateral, hipodensidades esplâncnicas e renais compatíveis com áreas de enfarte e adenomegalias cervicais e mediastínicas. Biópsia a gânglio cervical revela metástase de carcinoma com perfil fenotípico a sugerir primário pulmonar. Agravamento do quadro neurológico após suspensão de terapêutica hipocoagulante para realizar biópsia da massa pulmonar, que confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar. Alta clinica ao 26º dia, orientado para a consulta de Medicina e para o IPO. Duas semanas após a alta desenvolve pneumonia com insuficiência respiratória hipoxémica vindo a falecer. Conclusão: Apesar de ser uma forma rara de apresentação, uma neoplasia pulmonar pode manifestar-se inicialmente como eventos tromboembólicos arteriais. Neste caso o diagnóstico poderá ser dificultado dada a inespecificidade do quadro e a ausência de sintomas respiratórios.

PO-16-51

SÍNDROME DE BAZEX COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Amanda Fernandes, Jorge Castro, José Paxiuta, Maria João Lobão
HOSPITAL DE CASCAIS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ESPECIALIDADES MÉDICAS

A Síndrome de Bazex (SB) – Acrokeratosis Paraneoplastica – é uma manifestação paraneoplásica dermatológica rara relacionada com carcinomas da via aérea e digestiva superior. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões cutâneas eritemato-escamosas hiperqueratósicas com base violácea ao nível das extremidades. Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, com

antecedentes de tabagismo crónico ativo, referenciado à consulta para estudo complementar após surgimento de lesões cutâneas hiperqueratósicas das mãos, pé, hélice bilateralmente e onicodistrofia compatíveis com SB. Encontrava-se totalmente assintomático, sem febre, astenia, sintomas respiratórios ou gastro-intestinais. Visivelmente emagrecido, sem outras alterações relevantes além das lesões cutâneas descritas. Analiticamente sem anemia, VS normal. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que documenta espessamento da parede gástrica. Recusou estudo endoscópico proposto. Dois meses depois, desenvolve edema facial assimétrico que motiva ida ao Serviço de Urgência. Apresentava massa cervical direita, com 7 cm de diâmetro e consistência pétrea. A TC cervical documenta múltiplas adenopatias cervicais direitas, compatíveis com metástases ganglionares. É admitido no Serviço de Medicina para investigação etiológica de neoplasia oculta. Foi excluída lesão do seio piriforme. TC torácica revela nódulo pulmonar no lobo superior direito com 7 mm. O estudo citológico de punção aspirativa de gânglio cervical é consistente com metástase de carcinoma pouco diferenciado, não de pequenas células. O estudo imunohistoquímico sugere ponto de partida pulmonar e expressão neuroendócrina. Diagnóstico definitivo de adenocarcinoma primário do pulmão estádio IV. Iniciou quimioterapia, cumprindo 3 ciclos. Faleceu 9 meses após a primeira manifestação clínica. Apesar de raro, o caso remete para a importância do reconhecimento precoce desta síndrome, para que rapidamente se proceda ao estudo complementar, diagnóstico e início de terapêutica.

PO-16-52

UM CASO DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO, PNEUMOTÓRAX E PNEUMOMEDIASTINO, SECUNDÁRIO À TOXICIDADE DA BLEOMICINA

Juan Puentes, Márcia Pinto, Hirondina Rocha, Sara Nicolau, Sofia Mendes, Ana Palricas, Manuela Grego, Gonçalo Ferrão
HOSPITAL DE SANTARÉM- MEDICINA INTERNA IV- DIRECTOR DO SERVIÇO DR. LUIS SIOPA

Caso clínico: Mulher de 69 anos com antecedente de Linfoma de Hodgkin estádio IV com envolvimento ganglionar supra e infradiafragmático, medicada com Mirtazapina 15 mg/dia (d), Paroxetina 20 mg/d, esomeprazol 20 mg/d, Prednisolona em esquema de desmame, Bactrin 2ª e 5ª Feiras, Beclometazona 50 mcg 2 vezes d, Fluconazol 100 mg/d, Enalapril 5 mg/d; Quimioterapia com protocolo ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina). Iniciou quimioterapia na altura do diagnóstico, tendo efetuado 5 ciclos completos. Recorre ao Serviço de Urgência após o 5º Ciclo de Quimioterapia com queixas de tosse seca, dispneia e febre. Sem resposta a 2 tatamentos de antibioterapia oral prévia. Ao exame objetivo apirética e eupneica em ar ambiente, auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido simétrico. A radiografia de tórax mostrou lesões nodulares bilaterais difusas dispersas pelo parênquima pulmonar com reforço hilar à direita; e a tomografia de tórax revelou padrão de fibrose pulmonar de claro predomínio subpleural, com ligeiro gradiente crânio-caudal, com zonas em favos de mel, escasso vidro despolido, compatível com pneumonia intersticial, pneumotórax, pneumomediastino. As provas de função respiratória e tomografia de tórax relataram aspetos sugestivos de enfisema subcutaneo axilar esquerdo e Pneumomediastino secundário a enfisema pulmonar por toxicidade pulmonar à Bleomicina. Apesar do padrão radiológico não ser dos mais favoráveis a uma boa resposta à corticoterapia (melhor resposta quando é padrão de pneumonia criptogenica organizada), foi iniciado lepicortinol na dose de 40mg/d (0,75mg/Kg/d) durante 8 semanas, com redução progressiva, com boa evolução clínica. Conclusão: Nos doentes sob quimioterapia, temos de valorizar os sintomas e sinais clínicos, a fim de diagnosticar os seus efeitos indesejáveis/toxicidade para orientar adequadamente a sua terapêutica e diminuir as complicações

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES OSTEOCLÁSTICAS DO PÂNCREAS: UMA CAUSA RARA DE FEBRE SEM FOCO

Pedro Neves Tavares, Sonia Chan, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Renato Saraiva
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA – SERVIÇO DE MEDICINA 1

A febre é um motivo comum de vinda aos serviços de urgência. No entanto a pesquisa do foco pode ser um desafio diagnóstico visto que a febre pode derivar de múltiplas patologias com origens inflamatórias, infeciosas ou neoplásicas. Este caso clinico refere-se a um homem de 60 anos que recorreu ao serviço de urgência por febre e calafrios com 1 semana de evolução. Estava reformado desde há um mês e negava qualquer contexto epidemiológico de relevo. Negava queixas respiratórias, urinárias ou alterações cutâneas recentes. Objectivamente apresentava-se febril (38.2ºC) sem outras alterações no exame físico, nomeadamente alterações na auscultação cardiopulmonar, abdómen sem alterações identificáveis e não apresentava sinais meníngeos. O estudo analítico revelou leucocitose (37.000) com neutrofilia e PCR 159mg/L. Colheu estudo microbiológico e serologias que se mostraram todas negativas. Durante o internamento iniciou queixas de mal-estar abdominal difuso pelo que realizou uma tomografia axial computorizada do abdómen que mostrou uma "massa solida e heterogénea com área de necrose central, na dependência cefalopancreatica com cerca de 52x47 mm". Foi orientado para cirurgia geral tendo sido realizada uma duodenopancreatectomia. O exame histológico da peça cirúrgica mostrou tratar-se de um "carcinoma indiferenciado de células gigantes do tipo osteoclástico". O carcinoma indiferenciado de células gigantes de tipo osteoclástico foi descrito originalmente em 1968 e representa menos de 1% dos tumores do pâncreas exócrino. É uma entidade extremamente rara e na revisão da literatura encontramos apenas um caso descrito em Portugal. Pela raridade desta entidade nosológica a sua orientação terapêutica está mal esclarecida e os tempos de sobrevivência publicados são muito variáveis mas na maioria os doentes sobrevivem menos de 1 ano.

PO-16-54

NEUTROPÉNIA FEBRIL: UMA PREOCUPAÇÃO REAL NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Joana Graça, Filipa Ferreira, Ana João Pissarra, Mariana Malheiro, Alice Sousa, Luís Campos
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, H. S. FRANCISCO XAVIER, SERVIÇO DE MEDICINA IV

Introdução: A febre no doente neutropénico é uma emergência médica e deve ser instituída antibioterapia (AB) de largo espectro assim que possível. No entanto apenas em 20-30% dos casos é identificada uma causa infecciosa. Objectivos: Caracterizar a população de doentes oncológicos com neutropénia febril (NF) internados num serviço de medicina interna, avaliando a gravidade/duração da neutropénia (Np), isolamento de agente infeccioso, utilização de AB, estadio da doença e mortalidade. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico que incluiu os doentes oncológicos com NF internados num Serviço de Medicina Interna no período de 2013 a 2015. Resultados: Foram incluídos 27 doentes (3,4% dos doentes internados), 51,85% do sexo feminino, com idade média de 65,37 anos e duração média de internamento de 8,96 dias. A neoplasia de órgão sólido foi a mais frequente (62,96%), com 70,92% dos doentes com doença metastizada, sendo as neoplasias do cólon (35,29%) e mama (35,29%) as mais frequentes. A NF foi o motivo de internamento mais frequente (48,15%), seguida dos quadros infecciosos (37%). Na maioria dos casos não se identificou agente etiológico apesar da evidência de infecção (51,85%), mas todos cumpriram AB. Em 25,9% foi isolado agente, sendo a E. coli o mais frequente (57,14%). Uma minoria dos doentes (22,2%) não teve evidência de infecção, mas a maioria cumpriu AB (83,3%). Nos doentes sob quimioterapia (55,5%), o número médio de dias até à Np foi de 8,2 dias, tendo esta uma duração média de 5,4 dias (mínimo 1, máximo 20). A maioria dos doentes (70,4%) apresentou Np grave (<500 neutrófilos). Conclusão: A NF está principalmente associada à terapia citotóxica, o que não está necessariamente relacionado com o estadio da doença oncológica e mortalidade, no entanto os doentes com doença hematológica apresentaram as. Nps mais graves e mais prolongadas. Apesar de não existir infecção documentada a maioria dos doentes cumpriu AB de acordo com o recomendado

PO-16-55

UM CASO RARO DE ADENOMA PAPILAR PULMONAR

André Goulart, Felipe Gamboa, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, E.P.E.R., SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O adenoma papilar pulmonar é um tumor muito raro que habitualmente se identifica na periferia do pulmão. Apenas cerca de 25 casos foram descritos na literatura. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 39 anos de idade, fumadora (20 unidades maço/ano), com história prévia de correção cirúrgica de Canal Arterial Persistente aos 8 anos de idade. Foi referenciada à consulta por agravamento do hipocratismo digital e astenia para pequenos esforços. Ao exame objetivo apresentava-se eupneica, sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído, hipocratismo digital marcado. Em telerradiografia de tórax recente: hiperinsuflação e retificação diafragmática. Realizou estudo analítico, de autoimunidade e ecocardiografia transtorácica que não revelaram alterações. Perante este quadro clínico e hábitos tabágicos, realizou TC torácica de alta resolução, na qual se identificou em localização justa-hilar esquerda, adjacente ao brônquio lobar superior e brônquio lingular, lesão tumoral com 4,5 cm. Descrevia-se, também, enfisema centrolobular e ausência de adenopatias mediastínicas. Na broncofibroscopia realizada identificaram-se sinais diretos de neoplasia do lobo superior esquerdo/língula, tendo o lavado brônquico sido negativo para células neoplásicas. Foi referenciada a consulta de Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a lobectomia superior esquerda com recorte brônquico e broncoplastia do brônquio lobar da língula e esvaziamento ganglionar do mediastino. O estudo anátomo-patológico da peça operatória foi compatível com adenoma papilar. Iniciou cinesioterapia respiratória e suspendeu hábitos tabágicos, apresentando-se assintomática à última reavaliação. Anteriormente considerado um tumor benigno, verificou-se um potencial intermédio de malignização do adenoma papilar do pulmão pelo seu caráter invasivo. Note-se ainda a localização central, pouco usual neste tipo de tumores.

PO-16-56

NÓDULO HEPÁTICO PARA ESTUDO. A PROPÓSITO DE UM CASO.

David Donaire, Jorge Mendes, Benilde Barbosa, Rui Garcia, José Moura, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITARIO DE COIMBRA

O carcinoma colorretal (CCR) é atualmente a terceira neoplasia mais comummente diagnosticada nos Estados Unidos. Aproximadamente 145000 casos são diagnosticados anualmente. A sobrevivência do CCR tem aumentado na última década, devido ao diagnóstico e tratamento precoces. No entanto, quase metade destes doentes morrem devido a esta patologia, sendo registadas mais de 56000 mortes por ano. O fígado é o orgão preferencial de metastização, devido à drenagem inicial pela circulação portal. Dos 145000 doentes com diagnóstico de novo de CCR, estima-se que cerca de 30000 a 40000 desenvolveram metástases, sincrónicas ou metacrónicas, que aparentemente estavam confinadas ao fígado. Apresentamos o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 80 anos, internada para esclarecimento etiológico de um nódulo hepático no segmento VIII diagnosticado em tomografia computadorizada abdominal, realizada por alterações das provas hepáticas de novo. A doente manteve-se assintomática. A ressonância magnética (RM) abdominal demonstrou uma massa de contornos lobulados no segmento VIII, com cerca de 6.3x5.7x5.3 cm, com hipossinal em T1 e hipersinal heterogéneo em T2, com captação de contraste à periferia em fase arterial e uma lesão tumoral do terço superior do reto e transição retossigmoideia, medindo 5.8 cm de diâmetro longitudinal, com adenopatia com 7 mm na cadeia ilíaca comum esquerda. Fez biópsia do nódulo hepático que revelou adenocarcinoma (ADC) com morfologia e perfil imunohistoquímico sugerindo CCR primário. Fez colonoscopia total com biópsia de lesão vegetante e estenosante do reto, com diagnóstico histológico de ADC invasor de baixo grau do reto. O caso foi discutido em consulta de Decisão Terapêutica com diagnóstico de ADC do reto (T4N1M1), tendo sido proposta para radioterapia curta e quimioterapia (QT) neoadjuvante, seguida de resseção anterior do recto e posterior QT adjuvante e cirurgia de remoção de metástase única hepática.

PO-16-57

NEOPLASIA DO CEGO: UM CASO DE DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Francisca Godinho Oliveira, Ana Bento Rodrigues, Laura Xavier Pereira, Tiago Osório Petrucci, Cátia Albino, Carlos Machado e Costa
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 1B

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma (ADC) do cólon é a neoplasia gastrintestinal mais frequente, sendo diagnosticado na idade média de 68 anos. A sobrevida está inversamente relacionada com o estádio da doença. OBJETIVOS/MÉTODOS: Os autores apresentam o caso de um homem, 67 anos, caucasóide, com diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistémica, dislipidémia, cardiopatia isquémica, gastrite crónica, anemia ferropénica, tabagismo e etanolismo crónicos. Trata-se de um doente com quadro, com dois anos de evolução, de aumento do perímetro abdominal, dor abdominal tipo cólica, diarreia intercalada com obstipação, emagrecimento (7Kg), anorexia e astenia. Efetuou quatro pesquisas de sangue oculto nas fezes positivas, endoscopia digestiva alta que revelou gastrite crónica e quatro colonoscopias inconclusivas. Ao exame objetivo destaca-se abdómen globoso, distendido, dor à palpação dos quadrantes inferiores, sinal onda líquida positivo e edema da ½ distal dos membros inferiores. Laboratorialmente destacava-se anemia ferropénica, PCR 8.75mg/dL, VS 45mm e líquido ascítico compatível com exsudado, sem células neoplásicas. Em TC toracoabdominopélvica foram documentados 3 nódulos hepáticos inespecíficos, moderada quantidade de líquido ascítico, sem gânglios de dimensões aumentadas e captação difusa dos folhetos peritoneais. Recusou repetição de colonoscopia. A ausência de alterações sugestivas de neoplasia nos exames realizados levou à consideração do diagnóstico de tuberculose intestinal/peritoneal. Contudo, por oclusão intestinal, o doente foi submetido a laparotomia de urgência, observando-se neoplasia do cego com carcinomatose peritoneal. Foi referenciado para a Consulta de Oncologia tendo iniciado terapêutica paliativa. CONCLUSÃO: Realça-se diagnóstico dificultado pela inconclusividade dos exames realizados e a importância de considerar outras opções diagnósticas como a colonoscopia virtual.

PO-16-58

SINDROME PRO-COAGULATIVO PARANEOPLÁSICO COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Rita Homem, Catarina Araújo, Vanda Spencer, Francisca Delerue
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O acidente vascular cerebral (AVC) de causa isquémica é uma patologia frequente, causado por oclusão trombótica ou embólica de uma artéria cerebral. Apresenta-se o caso de uma mulher de 64 anos, com fatores de risco vasculares - hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e tabagismo no passado. Internada no Serviço de Medicina por instalação súbita de disartria e hemiparesia esquerda, diagnosticando-se AVC isquémico da artéria cerebral média direita. Electrocardiograma e Holter de 24h em ritmo sinusal. Iniciou controlo dos fatores de risco cardiovasculares e antiagregação plaquetária com recuperação do quadro neurológico. Uma semana depois foi reinternada por défices neurológicos de novo com ressonância magnética crânio-encefálica a revelar múltiplas lesões supratentoriais e algumas infratentoriais. O ecocardiograma transesofágico não identificou imagens suscetíveis de constituir fonte emboligena cardíaca. A doente tinha análises realizadas em ambulatório com aumento dos marcadores tumorais específicos, que motivaram a realização de tomografia axial computorizada toraco-abdomino-pélvica, que mostrou lesão ocupando espaço na cabeça do pâncreas, adenomegalias peri-pancreáticas e espessamento da vesicula. Efetuou ecoendoscopia que sugeriu adenocarcinoma da vesicula com metastização ganglionar confirmado em exame histológico. Admitiu-se neoplasia das vias biliares com metastização ganglionar, pelo que foi encaminhada para a consulta de Oncologia e iniciou quimioterapia com gemcitabina e cisplatina. Os autores realçam a importância da investigação etiológica do AVC, mesmo em

doentes com múltiplos fatores de risco vasculares. A salientar ainda que apesar de os marcadores tumorais terem importância sobretudo na monitorização do tratamento e follow-up das neoplasias, neste caso orientaram para o diagnóstico.

PO-16-59

DIARREIA POR METASTIZAÇÃO SEGMENTAR MÚLTIPLA NO INTESTINO DE CARCINOMA DO ESTÔMAGO

Dúlio Teixeira Passos, Nelson Cunha, Nuno Jacinto, Paula Rocha, Rui Manuel Martins Victorino, João Meneses Santos
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE E.P.E, HOSPITAL DE SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA 2 - CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MEDICINA II

Introdução: A metastização cólica é uma manifestação rara do adenocarcinoma do estômago, podendo corresponder à apresentação inicial de doença oculta, ou surgir como recidiva, geralmente nos primeiros 5 anos da doença. Não há sintomatologia nem achados imagiológicos específicos e em cerca de 25% dos casos pode haver envolvimento simultâneo do intestino delgado e cólon. Caso clínico: Homem de 53 anos com história de adenocarcinoma gástrico misto submetido a gastrectomia total com anastomose esofagojejunal há 1 ano, antecedida de quimioterapia neoadjuvante e seguida de quimioterapia adjuvante. Nove meses após último ciclo, inicia quadro com 5 semanas de evolução de diarreia aquosa com 10 dejecções/dia, diurnas e nocturnas, cólicas abdominais, vómitos pós prandiais, saciedade precoce, incontinência urinária e emagrecimento. Na Tomografia Computorizada identificou-se espessamento concêntrico segmentar de múltiplas ansas intestinais, cólon, bexiga e recto; e envolvimento adenopático lomboaórtico e celíaco. Na colonoscopia não se progrediu além dos 50 cm por estenose, com áreas de mucosa edemaciada, friável e polipóide, intercalada por áreas de mucosa normal. Num dos fragmentos biopsados observou-se infiltração por células de carcinoma com morfologia em anel de sinete compatível com origem gástrica. Admitiu-se metastização cólica secundária a adenocarcinoma gástrico primário, com provável atingimento segmentar de todo o intestino, pelo que se medicou sintomaticamente, procedeu-se a alteração do plano dietético e planeou-se novo ciclo de quimioterapia. Conclusão: Embora incomum, o adenocarcinoma gástrico, especialmente as formas pouco diferenciadas ou com células em anel de sinete, podem envolver secundariamente e de forma segmentar todas as porções do tubo digestivo, mimetizando uma doença inflamatória intestinal, sendo um diagnóstico a considerar em pacientes com história prévia ou raramente como apresentação inicial de neoplasia gástrica.

PO-16-60

O ENFARTE QUE ERA UMA NEOPLASIA DO COLON

Renato Cunha, Susana Escária, Joana Santos, Claudia Tátá, João Barata, Vasco Neves, Maria Inês Ribeiro, Nélson Cardoso, Claudia Falé, Maria João Pais, Margarida Amaro Conceição Barata
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA E CIRURGIA GERAL

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) pode ter diversas etiologias e a sua busca é essencial para a definição da terapia e do prognóstico do doente. Caso Clínico: Homem de 54 anos, antecedentes pessoais de doença de Charcot-Marie-Tooth, hipertensão arterial e dislipidemia, sem medicação crónica, pai com antecedentes de cardiopatia isquémica e carcinoma colo-rectal. Em Janeiro de 2016 recorreu ao serviço de urgência por dor precordial e sudorese profusa. Referiu também perda de peso involuntária de 4 quilogramas no último mês. Sem sintomas gastrointestinais. Apresentou eletrocardiograma com infra desnivelamento do intervalo ST e ecocardiograma com alterações da contractilidade segmentar. Analiticamente apresentou troponina I 1.7 ng/mL, hemoglobina 7.6 g/dL, microcitose e hipocromia. Interpretado por Cardiologia como EAM tipo 2 no contexto de anemia ferropénica grave, devendo ser dada primazia ao estudo de dita anemia, pelo que foi internado no serviço de Medicina Interna. Após transfusão de 2 unidades de concentrado de eritrócitos com fraca rentabilidade (Hemoglobina 8.0 g/dL no final da transfusão) foi iniciada investigação de foco hemorrágico. Realizou endoscopia digestiva alta que não apresentou alterações e colonoscopia que demonstrou neoplasia infiltrativa do cego. O doente fez tomografia axial computorizada que relatava provável neoplasia do colon ascendente e cego e foi encaminhado para Cirurgia Geral, sendo proposto para hemicolectomia direita. Conclusão: Este caso alerta para a importância da avaliação do doente como um todo, visto que um diagnóstico inicial como EAM pode esconder uma grande diversidade de patologias em sistemas completamente distintos, e da necessidade de comunicação estreita entre a Medicina Interna e as outras especialidades para que o processo seja bem orientado e o mais célere possível.

PO-16-61

CARCINOMATOSE PERITONEAL - NEM SEMPRE UM DIAGNÓSTICO METASTÁTICO

Filipa Cardoso, Mário Ferraz, Marta Ruivo, Raquel Garrote, Madalena Vicente, Anna Taulaigo, Claudia Mihon, Ana Lladó, António Panarra
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA 7.2

Introdução: A carcinomatose peritoneal primária é rara, quase exclusiva do sexo feminino, com uma esperança média de vida entre os 12 e os 25 meses e uma mortalidade de 100%. Normalmente manifesta-se por distensão abdominal e dor abdominal difusa, inespecífica, secundária a ascite. Caso clínico: Mulher, 63 anos, inicia quadro com 3 semanas de evolução de astenia e anorexia progressivas, e aumento do volume abdominal. Do estudo imagiológico inicial realizado em ambulatório a destacar ascite e derrame pleural direito. Recorre então ao Serviço de Urgência onde realizou Tomografia Computorizada toraco-abdómino-pélvica que revelou ascite volumosa e nodularidades macroscópicas disseminadas por toda a cavidade peritoneal, traduzindo implantes malignos. Neste contexto realizou paracentese diagnóstica com citologia que revelou adenocarcinoma CK7+, estrogénio negativo. Os títulos dos marcadores tumorais CA 125, CA 15.3 e CA72.4 encontravam-se elevados. Durante o internamento, como intercorrência, a destacar quadro de dispneia súbida, com hipoxemia e D-dímeros aumentados. Neste contexto realizou Angio-TC torácica, tendo sido diagnosticado embolia pulmonar e iniciada terapêutica anticoagulante. Dos exames realizados não se conseguiu concluir a origem precisa da carcinomatose peritoneal. Teve alta 9 dias depois, melhorada, com indicação para realização de laparotomia exploradora e eventual início de quimioterapia. Conclusão: Com este caso pretendemos destacar a dificuldade da marcha diagnóstica de um caso de ascite, salientado a raridade de carcinomatose peritoneal primária (a incidência estimada é de 6,78 casos por cada 1 milhão de pessoas). A esperança média de vida destes doentes é muito baixa, cerca de 12 a 25 meses, com 100% de mortalidade, mesmo com quimioterapia agressiva e tratamento cirúrgico adequado.

PO-16-62

SARCOIDOSE E NEOPLASIA PULMONAR: UMA SIMPLES COINCIDÊNCIA?

Dolores Vázquez, Inês Amaral Neves, Marta Rafael Marques, Susana Marques de Sousa, Mariana L. S. Magalhães, Silvina Miguel, Teresa Pinto
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM, VILA DO CONDE

A sarcoidose pulmonar é pouco comum, a coexistência de neoplasia de pulmão e sarcoidose no mesmo doente é muito rara. A sarcoidose geralmente apresenta-se como linfadenopatias no mediastino, que num doente com cancro pulmonar pode ser assumido como metástases do mediastino. Relata-se um caso de um homem de 65 anos, enviado à consulta de Medicina Interna por alterações da função hepática, ferritina elevada, e alterações ecográficas hepáticas. Antecedentes de ex-tabagismo e abuso moderado do álcool. Aconselhada cessação de ingesta alcoólica e realizado estudo. Na seguinte consulta, refere aparecimento de nódulos subcutâneos no tórax e abdomen, com extensão à região inguinal e pescoço (com rubor, indolores ao toque). Perda ponderal de 10 Kg em 3 meses e artralgias nos membros inferiores. Proposto internamento para estudo. Realizou TAC Torácica com imagem nodular justamediastínica de contornos espiculados, no segmento apical do lobo superior direito (LSD), conglomerado adenopático mediastínico bilateral, em situação pré-vascular a sugerir lesões secundárias. Broncofibroscopia com sinais difusos de bronquite crónica, distorção arquitectural do LSD, realizou biópsia que foi negativa para células malignas. Excisão de nódulo subcutâneo: Lesão granulomatosa epitelióide sarcoidótica. Internamento sem intercorrências. Alta

para consulta. Passados dois meses, aparecimento de nódulo supraclavicular cuja biópsia revelou adenocarcinoma, com características sugestivas de primário pulmonar, repetiu TAC, mantinha imagem nodular pulmonar. Lesões secundárias na supra-renal esquerda e lesões líticas vertebrais e nos arcos costais. A coexistencia de sarcoidose pulmonar e tumores pulmonares são um dilema diagnóstico. A ligação entre sarcoidose e malignidade não está provada, devemos estar cientes do risco potencial de malignidade com sarcoidose. Doentes com sarcoidose que desenvolvem novas lesões ou adenopatias devem ser considerados para biópsia para descartar neoplasia.

PO-16-63

NEOPLASIA MALIGNA: AVC COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO

Inês B. Mesquita, Sónia Chan, Ana Raquel Oliveira, Filipa Leite Costa, Conceição Neves, Paulo Almeida, Cristina Amado, Renato Saraiva
CHL: CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

Há um risco elevado de complicações trombóticas em doente com cancro, o AVC corresponde a 15% das mesmas. Contudo, o AVC ser a primeira manifestação de tipos específicos de cancro, como pulmão ou mama, é raro. O pronúncio revela a provável gravidade da neoplasia. MVL, 62 anos, iniciou com 1 mês de evolução disfagia paradoxal, vómitos, náuseas e epigastralgias. Referia anorexia, perda de peso (15 kg), dor óssea nos joelhos e tornozelos. Dois meses antes AVC isquémico fronto-insular direito. Com HTA, dislipidémia, IC diastólica. O exame apenas revelou ataxia da marcha. Analiticamente: leuc. 18.100 µL, Hb 11,4 g/dL, Na+ 114 mmol, FA 3079 U/L, PCR 19,1 mg/L, c-LDL 153. Radiografia tórax lesões micronodulares pulmonares dispersas bilateralmente. TAC-CE: evolução para cronicidade de enfarte isquémico cortico-subcortical frontal externo dto; múltiplos focos de hiperdensidade espontânea nos hemisférios cerebelosos; lesão hiperdensa nodular parietal dta com 10 mm edema vasogénico marginal. EDA: placas esbranquiçadas no esófago distal compatíveis com candidíase. TAC torácica evidenciou infiltrado micronodular bilateral e difuso, a toda a altura dos campos pulmonares; massa mal-delimitada com redução importante do calibre do brônquio lobar inferior esquerdo, condicionando atelectasia a jusante. Biópsia transtorácica revelou adenocarcinoma de padrão lepídico, com focos de invasão. Cintigrama ósseo: metastização óssea maciça no esqueleto axial e ainda no úmero dto e fémures. TAC abdomino-pélvica: fígado com imagem nodular 18 mm no segmento VII; glândulas supra-renais com nódulos hipodensos e hipocaptantes à dta 22 mm e 10 mm à esq.; alteração da osteoestrutura da asa do íliaco esq., de tipo lítico e blástico. Não foi considerada quimioterapia ou radioterapia tendo em conta o mau prognóstico da doente. No AVC com origem incerta ou recidiva há que colocar a hipótese de neoplasia maligna. Neste caso, tratava-se de um com gravidade extrema cuja sobrevivência foi de 3 meses.

PO-16-64

TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

André Goulart, Felipe Gamboa, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA, E.P.E.R., SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Os tumores de células germinativas extra-gonadais (TCGEG) primários são neoplasias raras. A existência de TCGEG puros é controversa, permanecendo a dúvida quanto a representarem metástases de um tumor testicular primário (TTP). Apresenta-se o caso de um homem, 37 anos, previamente saudável, que recorre ao Serviço de Urgência por dor lombar com 4 meses de evolução, com agravamento progressivo, associado recentemente a sensação de massa abdominal, sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo, de realçar massa abdominal de consistência duro-elástica no quadrante superior esquerdo. Analiticamente: LDH 1668 U/L, β2-microglobulina 2.53 ng/ml, AFP 36.4IU/ml, CA 19.9 32.8U/ml, CEA e PSA normais, β-HCG 1804.0 mIU/ml. Realizou ecografia abdominal: Formação tumoral sólida (108x134mm), heterogénea, contornos bem definidos e lobulados; e TC toraco-abdomino-pélvica: Formações nodulares pulmonares bilaterais, milimétricas, sugestivas de metástases; Formação tumoral retroperitoneal para-mediana esquerda (139x109.7mm), de textura heterogénea por áreas quísticas, mantendo plano de clivagem com estruturas adjacentes. O estudo anatomopatológico revelou carcinoma extensamente necrosado com padrão imunocitoquímico de carcinoma CK7 positivo. Posteriormente realizou ecografia escrotal onde se identificou tumor multifocal testicular esquerdo. Admitiu-se tumor germinativo extra-gonadal secundário, associado a metastização pulmonar, e iniciou quimioterapia posteriormente. A apresentação deste tipo de neoplasias dá-se habitualmente em estadio avançado de doença, facto que se deve, comparativamente aos TTP, à inexistência de massa testicular palpável que motive a procura de cuidados médicos. A existência de lesão testicular residual não identificada ou considerada negativa poderá resultar na sua recidiva. Está por esclarecer o papel da biópsia testicular e da realização por rotina de orquidectomia neste tipo de doença oncológica.

PO-16-65

UMA VARIANTE RARA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

Sofia Tavares, Rita Moça, Carla Andrade
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

O adenocarcinoma com células em anel de sinete primário do pulmão é uma variante rara do adenocarcinoma pulmonar. Na maioria dos casos, tratam-se de lesões metastáticas, sendo o tumor primário mais frequentemente gástrico, do colón ou mama. O exame histológico dificilmente distingue adenocarcinoma pulmonar com células em anel de sinete primário, de uma lesão metastática, mesmo quando associado a estudo imuno-histoquímico. Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, fumador e com hipertensão arterial, internado por lesão ocupante de espaço (LOE) na fossa posterior, descoberto no contexto de estudo de desequilíbrio postural. No estudo de neoplasia primária oculta realizou TC-toraco-abdomino-pélvica que revelou massa pulmonar heterogénea a obliterar brônquio segmentar superior do lobo inferior esquerdo com cerca de 40x27 mm, sem evidência de outras lesões suspeitas. Realizou biópsia aspirativa por broncofibroscopia que revelou adenocarcinoma com células em anel de sinete, com exame imuno-histoquímico reativo para CK7, na ausência de expressão para TTF-1, CK20 ou p63. Atendendo a histologia atípica, realizou endoscopia digestiva alta para despiste de adenocarcinoma gástrico e foi pedida PET para estadiamento da neoplasia. Pela localização da LOE e atendendo ao risco elevado de invasão do tronco encefálico, foi efetuada a exérese cirúrgica da metástase cerebelosa, sem intercorrências, tendo previsto o início de radioterapia adjuvante. A exérese cirúrgica da massa pulmonar não foi possível pela proximidade da massa pulmonar com a aorta ascendente, sendo deste modo proposto para tratamento médico com quimioterapia.

PO-16-66

TUMOR DE PANCOAST- UMA ENTIDADE CLÍNICA PECULIAR

Pereira C., Gonçalves J., Costa J., Silva A., Rodrigues A.
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAL GERAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA B

Os tumores de Pancoast correspondem a menos de 5% dos carcinomas broncogénicos. Envolvem o ápice pulmonar e a primeira ou segunda costelas. Podem manifestar-se por Síndrome de Pancoast-Tobias que inclui síndrome de Claude-Bernard-Horner e omalgia severa com irradiação à axila e à escápula homolateral. Os autores apresentam o caso de um homem de 83 anos com antecendentes de tabagismo, tuberculose pulmonar, colecistectomia, úlcera duodenal perfurada e insuficiência cardíaca. O doente apresentava omalgia direita seguido na consulta da ortopedia por suspeita de patologia osteoarticular. Recorreu à urgência por quadro de vómitos biliares, dor abdominal irradiada à região dorsal e quadro de obstipação com 2 dias de evolução. À entrada desidratado, com abdómen doloroso à palpação no epigastro e hipocôndrio direito, sem defesa. Analiticamente com neutrofilia relativa, amilase 267 U/L e lipase 330 UI/L. Ecografia Abdominal revela sinais compatíveis com pancreatite aguda. Realizada radiografia de tórax que revelou uma opacidade do lobo superior direito. Para melhor esclarecimento da imagem pedida TC de tórax que revelou "duas formações nodulares expansivas no pulmão direito, a maior localizada a nível do vértice com cerca de 8 cm de maior eixo, que contacta com

a superfície pleural numa extensão de 6 cm e com aparente invasão e destruição parcial do arco costal adjacente (2º/3º arco costal posterior direito). Apresenta realce heterogéneo, contornos irregulares, em provável relação com formação neoplásica expansiva maligna (tumor de Pancoast)". Foi agendada broncofibroscopia para caracterização histológica da lesão pulmonar. Contudo no contexto da sua pancreatite aguda o doente apresentou evolução desfavorável tendo vindo a falecer previamente à realização do exame. A presença muito provável de uma neoplasia maligna que condiciona mau prognóstico vital condicionou a abordagem de uma complicação aguda do que foi o motivo do internamento do doente.

PO-16-67

CARCINOMA PERITONEAL PRIMITIVO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Raquel Silva, Isabel Magalhães, Joana Espírito Santo, Helena Garcia, Adélia Simão, Armando Carvalho
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITARIO DE COIMBRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O carcinoma peritoneal primitivo (CPP) constitui uma neoplasia maligna rara e agressiva, com origem nas células da cavidade peritoneal. Histologicamente idêntico ao carcinoma do ovário, apresenta taxa de mortalidade próxima de 100 %. Caso clínico: Mulher, 74 anos, autónoma, com astenia, anorexia, dor abdominal periumbilical, vómitos alimentares e perda ponderal de 5%, desde há 6 meses. Antecedentes de hipertensão arterial, histerectomia com ooforectomia bilateral e colecistectomia. Exame objectivo: abolição dos sons respiratórios na base pulmonar direita; massa periumbilical, dolorosa, aderente e dura com cerca de 8 cm de diâmetro. Analiticamente sem alterações, além de CA125 985U/ml, CA15.3 280U/ml. TC toraco-abdomino-pélvica: massa periumbilical localizada entre as ansas intestinais e a parede anterior abdominal com calcificações, derrame pleural bilateral e peritoneal e duas lesões hepáticas incaracterizáveis. PET 18F-FDG: massa intra-abdominal hipercaptante, múltiplos implantes peritoneais, hepáticos e pulmonares. Toracocentese e estudo do líquido pleural: exsudado; múltiplas células de adenocarcinoma – imunohistoquímica indicativa de origem ginecológica. Biópsia pleural: metástase de adenocarcinoma. Biópsia de massa intra-abdominal: adenocarcinoma seroso primitivo peritoneal de alto grau; positividade difusa para WT1, receptores de estrogéneos e p53. Realizada pleurodese química e optimizada terapêutica sintomática (ECOG à alta de 4). Comentário: O mesotélio do peritoneu e o epitélio germinal do ovário partilham a mesma origem embrionária, sendo o carcinoma ovárico o principal diagnóstico diferencial do CPP. Em estádios avançados, a sua distinção torna-se difícil, sendo o diagnóstico confirmado histologicamente, sobretudo na presença de ovários normais ou ausentes. Apesar da raridade do CPP, este deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas abdominais e a abordagem clinica deverá ser individualizada.

PO-16-68

CEFALEIA COMO PRIMEIRO SINTOMA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

Andreia Teixeira, Ana Santos, Eduardo Carvajal, Cristina Carrera, Djenabu Cassama, Francine Moraes, Aida Cordero, Juan Urbano, Vera Escoto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS - ULSNA

Introdução O adenocarcinoma de pulmão corresponde a 40% dos carcinomas pulmonares. Mais de 20% dos pacientes apresentam metástases cerebrais à data do diagnóstico. Embora seja uma das principais causas de mortalidade por neoplasia, o diagnóstico precoce pode alterar este mau prognóstico. Caso clínico Doente do sexo masculino de 51 anos de idade, ex-fumador e alcoólico, recorreu ao SU por queixas de dor occipital e cervical intensa associada a tosse não produtiva. Sem febre. Na auscultação pulmonar verificou-se diminuição do murmúrio no hemitórax direito e alguns roncos dispersos. Analiticamente apresentava leucocitose. No RX de tórax observou-se uma massa redondeada parahilar direita, ficando internado com suspeita de infeção respiratória e para estudo da massa pulmonar. Realizou TC tóraco-abdominal que mostrou imagem nodular parenquimatosa heterogénea > 7cm no lobo inferior pulmonar direito. A citologia por fibrobroncoscopia mostrou tratar-se de um tumor de não pequenas células, cujo estadiamento por PET foi T3N0M0 com indicação cirúrgica. A PET mostrava também hipercaptação cerebral não sugestiva de lesão neoplásica. Foi revista a história do doente e confirmou-se o início dos sintomas com cefaleia occipital sendo evidente no exame neurológico desequilíbrio com alargamento da base de sustentação, sem défice de força ou sensibilidade, com 2 meses de evolução. Realizou RM CE que evidenciou coleção hemática de praticamente todo o hemisfério cerebeloso esquerdo, posteriormente submetido a craniotomía da fossa posterior esquerda com remoção aparentemente total da mesma, cuja histología relevou ser uma metástase cerebelosa de adenocarcinoma do pulmão. Conclusão A história clínica e o exame objetivo rigoroso são fundamentais na orientação diagnóstica nos casos com elevada frequência de afetação do sistema nervoso central, uma vez que nos casos de metástase única é considerada a ressecção da mesma com melhoria significativa do prognóstico.

PO-16-69

ADENOMEGALIAS EM DOENTE JOVEM - CASO CLÍNICO

Pedro Gonçalves, Rosa Cardoso, David Araújo, Isabel Silva, Manuela Vasconcelos
HOSPITAL DE BRAGA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O Linfoma de Hodgkin é uma rara neoplasia de células B; representa 11% de todos os Linfomas. Com as modernas terapêuticas, 80 a 90% dos pacientes atingem a remissão e podem ser considerados curados. Objectivo:Descrever caso clínico de jovem com adenopatias, internada numa enfermaria de Medicina Interna para estudo etiológico. Caso Clinico: Sexo feminino, 34 anos, referenciada a consulta de Medicina Interna por quadro de tosse seca, sudorese noturna, perda ponderal, febre e adenopatias cervicais/axilares com 6 meses de evolução. Dos antecedentes pessoais: Hipertensão arterial e ex-fumadora. Antecedentes familiares irrelevantes. No exame objetivo: adenopatias occipitais, cervicais, axilares e inguinais, a maior com 4cm de diâmetro; temperatura axilar 37.8ºC; palidez mucocutânea; sem outras alterações. Durante o internamento apenas com um pico febril isolado no 1º dia. Da investigação etiológica realizada: anemia normocítica normocrómica, sem outras alterações bioquímicas; serologias de hepatite B/C, citomegalovirus, vírus imunodeficiência humana, parvovirus e epstein-barr negativos; hemoculturas negativas, tomografia computorizada toraco-abdominopélvica com várias formações ganglionares nas regiões axilares, mediastinicas, hilares, sub-carinais e inguinais; hepatomegalia; derrame pleural direito. Biópsia ganglionar por punção aspirativa - histologia revelou linfoma de hodgkin clássico subtipo esclerose nodular, com positividade imunocitoquimica para CD15+, CD30+, CD3+ e CD5+. Tomografia por emissão de posições (PET) com captação ganglionar supra e infradiafragmática. A biópsia óssea revelou hiperplasia das linhas mielóide e megacariocítica. Posteriormente referenciada a Oncologia Médica; iniciou ciclo de quimioterapia com ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbaz) Conclusão: Pretende-se assim rever o diagnóstico diferencial das adenopatias, com enfoque no diagnóstico precoce da Doença de Hodgkin, nomeadamente do subtipo Esclerose Nodular.

PO-16-70

HIPONATRÉMIA ASSOCIADA A CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÃO

Andreia Teixeira, Ana Santos, Eduardo Carvajal, Cristina Carrera, Djenabu Cassama, Francine Moraes, Aida Cordero, Juan Urbano, Vera Escoto
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS - ULSNA

Introdução A síndrome de Secreção Inadequada de ADH (SIADH) resulta em hiponatrémia e aumento da osmolaridade urinária, por excesso de água no corpo e não por défice de Sódio (Na+). É causada pela secreção inapropriada de ADH desde a sua fonte original hipotalâmica ou por produção ectópica. Caso Clínico Doente do sexo masculino de 60 anos de idade, com antecedentes de HTA e cardiopatia isquémica, diagnosticado de Carcinoma microcítico de pulmão (estadio IIB), iniciou quimioterapia (QT) com Etopósido e Cisplatino, durante a qual recorreu várias vezes ao SU por episódios de náuseas, vómitos, anorexia e mau estar geral. Analiticamente apresentava hiponatrémia grave (Na+ 112) interpretada como secundária ao tratamento quimioterápico, sendo medicado com antiemético com resposta parcial. Por manter as queixas com vómitos persistentes e hiponatrémia grave foi suspeitada uma síndrome paraneoplásica

sendo solicitado doseamento da ADH, iniciando terapêutica com reposição de NaCl e Hidrocortisona, com melhoria clínica evidente tolerando posteriormente a medicação oral. Atualmente a fazer desmame da hidrocortisona. Após o tratamento, o doente continuou a QT e não voltou a apresentar episódios de náuseas, vómitos e mau estar, tolerando bem a mesma. Posteriormente recebemos os resultados analíticos de ADH (66,4, N < 6,7) confirmando a suspeita clínica. Conclusão Sendo que as neoplasias são a causa mais comum de SIADH e uma das mais prevalentes é o carcinoma pulmonar de pequenas células em 15%, deve-se sempre excluir esta síndrome em doentes com essa patologia. A própria neoplasia libera ADH que atua sobre o rim, produzindo retenção de água que se adiciona à ação da ADH libertada pelo SNC. Neste caso o doente apresentava sintomas que não foram corretamente interpretados por serem atribuídos à toxicidade da quimioterapia, sendo as náuseas e vómitos queixas pouco específicas é preciso elevado índice de suspeita uma vez que o tratamento do SIADH é altamente efetivo.

PO-16-71

TUMOR DO MEDIASTINO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Raquel Batista, Eva Claro, Cristina Lopes, Nataliya Nedzelska, Fátima Pimenta
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO- UNIDADE DE ABRANTES- SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O diagnóstico diferencial de massa do mediastino engloba um vasto leque de patologias ,distintas não só pela sua etiologia mas também histopatologia representando assim a grande variedade tecidular encontrada nesta nobre região anatómica. Relata-se o caso de um doente do género masculino de 82 anos de idade com os antecedentes pessoais conhecidos de cardiopatia isquémica, diabetes mellitus, polipose cólica e hábitos tabágico marcados- 100 unidades maço ano, que foi enviado ao serviço de urgência por radiografia torácica com alargamento do mediastino superior e ingurgitamento hilar. Apresentava história de quadro consumptivo com cerca de 2 meses de evolução e disfonia conhecida há cerca de 1 ano. É realizada tomografia computarizada (TC) torácica que mostrou "extensa massa sólida do mediastino superior 7 x 5.5 cm, bosselada, sem planos de clivagem com as estruturas vasculares e condicionando moldagem da traqueia, várias adenopatias mediastínicas adjacentes, sendo que a neoformação poderá traduzir um conglomerado adenopático, sem alterações do parênquima pulmonar". Neste contexto colocadas várias hipóteses de diagnóstico, nomeadamente linfoma, timoma e metastização oculta, foi contactado o serviço de Cirurgia Cardiotorácica e é agendada biópsia aspirativa guiada por TC. O relatório de histologia mostrou fragmentos com infiltração por carcinoma, com perfil imuno-histoquímico compatível com carcinoma de pequenas células.O carcinoma de pequenas células apresenta-se geralmente como um tumor de localização central e o seu padrão radiológico clássico é o de lesão expansiva hilar ou peri-hilar associada a alargamento do mediastino. A massa pode ser constituída por linfadenomegália hilar, tumor primário ou a combinação de ambos, no entanto o tumor primário muitas vezes não é identificado. O seu curso clínico é muito agressivo sendo que à data do seu diagnóstico mais de 60% dos casos a doença já se encontra metastizada como é apresentado neste caso clínico.

PO-16-72

HAMARTOMA INTRACARDÍACO - A PROPÓSITO DE UM CASO

Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, João Andrade, Diana Guerra
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1 PISO 8

Os tumores cardíacos primários são infrequentes e habitualmente benignos. Manifestam-se por dispneia, dor torácica, palpitações, morte súbita, embolia periférica, cianose ou síndrome constitucional. Apresenta-se o caso de uma jovem de 22 anos que recorreu a médico particular por dor torácica pleurítica com agravamento com o decúbito. Realizou ecocardiograma (12/10) que mostrou derrame pleural de ligeiro a médio volume, ECG normal e análises sem alterações de relevo (hemograma normal, função renal/hepática e tiroideia normal, PCR normal). Colocada hipótese diagnóstica de pericardite aguda, tendo iniciado colquicina e ibuprofeno 400 mg. Após 2 semanas, por manutenção da clínica e intolerância à colquicina (reação cutânea) foi reavaliada. O ecocardiograma era sobreponível e manteve AINE. Após 1 semana recorreu ao SU por agravamento da dor torácica pleurítica sem febre. O ecocardiograma TT com contraste endocavitário mostrou ´massa homogénea, de contornos regulares, de grandes dimensões, fixa". Do restante estudo efetuado: TAC abdomino-pélvico sem alterações. A RM (04/11) mostrou espessamento difuso da parede posterior da AD, envolvendo a crista terminalis e septo inter-auricular. Analiticamente VS e PCR baixa, função tiroideia normal, estudo auto-imune negativo. Marcadores víricos HIV, HCV, HBV negativos. Submetida a pericardiocentese diagnóstica via apical. A citologia do líquido pericárdico não revelou células malignas. ADA no sangue e no líquido pericárdico negativos. Realizada cirurgia cardíaca com exérese de massa infiltrativa da aurícula direita, com extensão para o septo interauricular e teto da aurícula esquerda. Como intercorrência teve AVC isquémico peri-operatório. O resultado de anatomia-patológica mostrou hipertrofia do miocárdio atrial, associada a lesões de miocardite linfo-histiocitária, sugestivo de hamartoma. Atendendo à raridade da situação optou-se por enviar para um centro de anatomia patológica no estrangeiro que confirmou o diagnóstico.

PO-16-73

DERRAME PERICÁRDICO: UMA CAUSA PARA ALÉM DO ÓBVIO

Gisela Vasconcelos, Catarina Couto, Tiago Esteves Rodrigues, Alice Castro, Mari Mesquita
CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: O derrame pericárdico constitui uma das principais manifestações de doença pericárdica, sendo de destacar a etiologia infecciosa, neoplásica e autoimune, podendo por vezes ser idiopático. O padrão pulmonar miliar surge principalmente em contexto de infecções e neoplasias com disseminação hematogénica. Caso clínico: Homem, 27 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, com contactos baciliferos recentes. Admitido no Serviço de Medicina Interna por quadro clinico com cerca de 20 dias de evolução de tosse com expetoração hemoptoica, dispneia para médios esforços e hipersudorese noturna. Objetivado apenas um pico febril. Apresentava insuficiência respiratória tipo 1, anemia, ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios, infiltrado pulmonar em padrão miliar e espessamento e derrame pericárdico de grande volume. Realizada pericardiocentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de exsudado. Verificou-se recidiva do derrame, com necessidade de criação de janela pleuropericárdica. Efetuado estudo microbiológico do liquido pericárdico, secreções brônquicas e lavado broncoalveolar, pesquisa de DNA de Mycobacterium Tuberculosis, IGRA e biópsia pericárdica, com exclusão de etiologia bacilar. A citologia do liquido pericárdico revelou-se positiva para células neoplásicas de adenocarcinoma. Realizada imunohistoquímica, que se mostrou consistente com tumor primário tiróideu. O estudo ecográfico da tiróide identificou dois nódulos, sendo realizada biópsia que documentou a presença de células neoplásicas de carcinoma pouco diferenciado. Como complicações apresentou Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo Pulmonar. Conclusão: A suspeita inicial de tuberculose miliar deu lugar à interpretação do derrame pericárdico e padrão pulmonar miliar como metastização de carcinoma primário da tiróide. Este caso descreve assim uma forma de apresentação rara do carcinoma da tiróide e mostra que nem sempre o diagnóstico é evidente, constituindo um desafio para o internista.

PO-16-74

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO TARDIA DE NEOPLASIA

Luís Castelo-Branco, Sofia Couto da Rocha, Carlos Cabrita, Ana Lopes
CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução São múltiplos os factores de risco para o tromboembolismo pulmonar (TEP), entre os quais, imobilidade superior a 3 dias, viagens prolongadas, obesidade, estrogéneos, neoplasias. O TEP secundário a neoplasia está relacionado com pior prognóstico da doença oncológica. Caso clínico Os autores

apresentam o caso de uma senhora de 80 anos, inglesa, previamente independente, obesa, com antecedentes de trombocitose essencial e histerectomia com preservação anexial (por miomas uterinos) na década de 70. Durante uma viagem de carro entre Inglaterra e Portugal, iniciou subitamente dispneia em repouso, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. Também referiu perda ponderal não intencional de 4kg em 3 meses e aumento do volume abdominal, negando outras queixas. Ao exame objetivo, apenas a referir, abdómen distendido com onda ascítica e edemas distais dos membros inferiores, mais acentuado à direita. À admissão, apresentava insuficiência respiratória parcial e anemia normocítica normocrómica e d-dímeros 18603 ng/mL. A angio-TC torácica permitiu diagnosticar TEP bilateral. O líquido ascítico revelou citologia compatível com carcinoma. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou ascite, difusa carcinomatose peritoneal e uma imagem quística multisseptada na região anexial direita sugestiva de tumor ovárico. Em reunião multidisciplinar considerou-se não haver, naquele momento, condições para avaliação diagnóstica invasiva, intervenção cirúrgica ou indicação para quimioterapia. Apesar da melhoria inicial da dispneia, houve aumento da ascite, edemas dos membros inferiores e deterioração do estado geral, acabando por falecer. Discussão No TEP associado a neoplasia previamente desconhecida, nem sempre é possível obter o diagnóstico definitivo do tumor e as opções terapêuticas podem estar limitadas, agravando o prognóstico do doente, como no caso que apresentamos.

PO-16-75

LINFOMA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR

Marisa Paulino, Rui Malheiro, Judite Henriques
CHLO - HOSPITAL EGAS MONIZ, SERVIÇO DE MEDICINA IA

Introdução: Quando presentes múltiplos nódulos pulmonares superiores a 1cm de diâmetro , a doença metastática de tumor sólido primário, é a principal hipótese diagnóstica . Dentro dos tumores sólidos os que metastizam com maior frequência para o pulmão são: mama, colon e rim. Os autores apresentam um caso clínico em que a regra não se aplica. Caso clínico: Homem de 65 anos com quadro de 3 meses de evolução de febre vespertina (37.5-38ºC) e tosse seca agravado nas 3 semanas antes do internamento por tumefação cervical, disfonia e disfagia. Apresentava ainda múltiplas lesões nodulares com cerca de 0,5cm eritematosas, nas palmas, bilaterais com poucos dias de evolução. Analiticamente destaca-se um LDH 625 U/L, VS 58, PCR 9.0mg/dl. Apurou-se ainda: parésia da corda vocal direita, múltiplas adenopatias cervicais bilaterais (algumas com aspecto heterogéneo) e adenopatias infracarinais, pré-vasculares e hilares esquerdas com centro hipodenso sugerindo necrose. No parênquima pulmonar vários nódulos de dimensões diferentes, com predomínio nos segmentos inferiores sugestivos de depósitos secundários. A biopsia excisional de gânglio cervical com estudo imunohistoquímico revelou LNH B de grandes células. A biopsia das lesões palmares revelou dermite neutrofílica (Síndrome de Sweet em contexto paraneoplásico). Sendo que a doença extranodal atingindo o pulmão é incomum nestes linfomas, foi feito estudo complementar para excluir outra neoplasia primária com endoscopia digestiva alta e baixa, broncofibroscopia e tomografia computorizada de crânio, pescoço, tórax, abdómen e pelvis. Excluída outra neoplasia primária foi transferido para o serviço de Hematologia. Iniciou quimioterapia com regressão das lesões pulmonares. Conclusão: Os exames complementares excluíram um tumor sólido enquanto se aguardava o resultado histológico. A resposta à terapêutica foi concordante. A lesão das mãos ajudou na colocação de hipótese diagnóstica de doença neoplásica.

PO-16-76

DOR LOMBOSAGRADA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA DE PULMÃO EM FASE TERMINAL.

Márcia Rodrigues Pinto, Juan Puentes, Hirondina Rocha, Sara Nicolau, Ana Palricas, Manuela Grego, Gonçalo Ferrão
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM EPE. SERVIÇO DE MEDICINA IV, DIRECTOR DE SERVIÇO DR. LUIS SIOPA

Apresenta-se um caso clínico de um homem de 40 anos, ex-fumador (20 Unidades maço ano) com dores ósseas na região lombosagrada com 1 mês de evolução e perda de 15 quilos em 4 semanas. Com antecedentes pessoais de psoríase e familiares de neoplasia da mama, próstata e intestino. Recorreu a Ortopedia por fratura de L1 depois de um esforço físico tendo sido Internado posteriormente por agravamento da dor. Ao exame objetivo apresentava parestesias com diminuição da força nos membros inferiores e dor à palpação na coluna lombosagrada. Durante o internamento efetuou tomografia computarizada (TC) da coluna lombar que identificou alterações compatíveis com neoformação primária e lesões osteolíticas presumivelmente secundarias. Na marcha diagnóstica foi realizada biopsia guiada por TC dos tecidos moles adjacentes a L1 que revelou lesão espiculada com 30 mm cujo resultado histológico foi compatível com metástase de carcinoma, provavelmente adenocarcinoma com mutação EGFR e translocação ALK negativas. Na suspeita de neoplasia pulmunar fez TC de tórax que identificou extensa massa paramediastínica do pulmão direito com redução do calibre do brônquio pulmonar direito, adenopatias e múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. Admitiu-se adenocarcinoma do pulmão em estadio IV T4N3M1b. Realizou 2 ciclos de radioterapia paliativa sem resposta clínica falecendo por infeção respiratória nosocomial 2 semanas depois. CONCLUSÃO: Determinadas neoplasias podem apresentar-se numa fase tardía da sua evolução, neste caso a partir de uma lesão metastática num doente jovem e saudável.

PO-16-77

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B - A PROPÓSITO DE UM CASO DE PARAPLEGIA

Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, João Andrade, Diana Guerra
HOSPITAL DE SANTA LUZIA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, SERVIÇO DE MEDICINA 1 PISO 8

O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin(cerca de 30%). Apresenta-se em qualquer idade (mais em idosos), e inicia-se geralmente como massa de crescimento rápido em órgãos ou num gânglio. Apresenta-se homem, 61 anos, com Doença de Parkinson estável até maio/2012, altura em que inicia dificuldades na marcha, de agravamento progressivo, até total incapacidade para a marcha. Observado por Neurologia, que admitiu quadro clinico de parkinsonismo não controlado, sendo ajustada a terapêutica. Não apresentou melhoria, permanecendo 2 meses limitado ao leito. Em 07/07/2012 trazido ao SU por febre e dor a nível sagrado, sendo internado por úlcera de pressão sagrada infetada. À avaliação apresentava rigidez dos membros superiores bilateral; diminuição da força dos membros superiores e dos reflexos; membros inferiores com força de grau 2, hipostesia álgica e vibratória em D8 - D9. Fez TC que revelou junto aos lobos inferiores pulmonares, densificações nodulares de aspeto neoformativo; baço com múltiplas lesões de aspeto suspeito de neoformação; alteração neoformativa secundária dos corpos vertebrais de D7 e D8, com colapso parcial deste último. Realizou RMN, tendo alterações compatíveis com espondilodiscite, abcesso epidural adjacente e possível compressão medular, parecendo a hipótese tumoral menos provável. Realizadas 2 biópsias ósseas cujo resultado foi inconclusivo. Foi identificada e biopsada adenopatia cervical que mostrou alterações compatíveis com LDGCB. Iniciou quimioterapia com regressão das lesões mas manteve paraplegia pelo atraso diagnóstico. Pretende-se com este caso alertar para a importância do diagnóstico precoce destas lesões bem como da caracterização histológica das mesmas. Apesar de ser de crescimento rápido, o LDGCB responde bem ao tratamento e aproximadamente 75% dos pacientes não apresenta sinais de doença após o tratamento inicial. Cerca de metade destes pacientes é mesmo curado com o tratamento.

INDICE DE AUTORES

INDICE DE AUTORES

A. I. Costa PO-05-21
A. I. Freitas PO-05-07; PO-07-07
A. Pereira PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
A. Prado Lacerda PO-10-10
A. Spinola PO-05-07; PO-07-07
A. Vilas Boas CO-48-01
Abel Afonso CO-25-03
Abel Miren CO-43-03
Abílio Gonçalves PO-07-42
Abílio Reis CO-09-02; PO-09-73
Abilio Vilas Boas PO-16-41
Ada Yera PO-16-16
Adalmira Gomes CO-27-04; PO-01-47; PO-02-75
Adelaide Dias PO-05-02
Adelaide Esteves IMI-02-023; IMI-03-053; PO-12-65
Adelaide Figueiredo IMI-02-100; IMI-03-113; PO-08-25; PO-11-51
Adelaide Milheiro PO-07-34
Adelaide Moutinho CO-38-05; IMI-01-049; IMI-02-021; IMI-03-005; IMI-03-035; PO-03-52; PO-04-56; PO-04-60; PO-04-62; PO-09-83; PO-16-04; PO-16-39
Adelaide Spínola IMI-01-008; PO-03-39
Adélia Simão CO-17-05; CO-20-02; CO-20-04; CO-28-06; CO-39-06; CO-49-02; IMI-01-092; IMI-02-095; PO-08-48; PO-09-09; PO-16-67
Adelina Pereira CO-31-03; PO-05-73; PO-05-74; PO-06-11; PO-07-65; PO-09-17; PO-09-18
Adelino Carragoso IMI-01-106; PO-01-17; PO-01-18; PO-15-78
Adriana Monteiro PO-05-73; PO-09-17
Adriana Pereira CO-06-04
Adriana Roque CO-18-01; CO-20-04; CO-49-02; PO-09-09
Adriana Santos Silva PO-04-33; PO-06-37; PO-06-68; PO-10-63; PO-14-0; PO-15-1; PO-15-26
Adriana Silva IMI-02-038
Adriana Soares CO-03-0; PO-05-23
Adriano Cardoso CO-21-0; CO-49-0; PO-12-4; PO-12-6; PO-14-76
Adriano Kussoca PO-02-7; PO-14-42
Adriano Rodrigues CO-06-0; CO-14-05; CO-15-0; CO-21-02; IMI-01-055; IMI-01-060; IMI-01-067; IMI-01-075; IMI-01-118; IMI-03-068; IMI-03-084; PO-01-74; PO-03-38; PO-05-27; PO-06-56; PO-07-32; PO-07-38; PO-12-63; PO-13-41; PO-15-50
Afonso Félix Oliveira CO-34-04; CO-41-04
Afonso Nunes Ferreira CO-22-05; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-03-022; PO-06-05
Afonso Rodrigues CO-07-05; CO-37-03; CO-48-05; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-03-69; PO-03-70; PO-04-09; PO-07-77; PO-14-40; PO-14-4; PO-14-46; PO-15-14
Agripino Oliveira CO-29-0; CO-29-0; CO-46- ; IMI-02-048; IMI-03-044; IMI-03-048; PO-04-75; PO-04-7; PO-08-6; PO-08-6; PO-12-4; PO-12-5; PO-13-25
Agudo Isa PO-05-12
Aguiar D PO-07-10
Aida Cordero CO-27-0; PO-16-68; PO-16-70
Aida Pereira CO-41-0; PO-01-47
Aissato Abdu Cassama IMI-01-05; PO-01-5; PO-10-70
Aissato Cassama PO-09-20
Aissatu Cassama IMI-03-06; PO-09-80
Aitor Fdez de Larrinoa PO-09-02
Aitor Glez de Audikana PO-09-02
Ala Manolachi PO-03-40
Alba Janeiro Acabado IMI-01-00; IMI-01-11; IMI-01-11; IMI-02-08; PO-04-2; PO-07-5; PO-12-1; PO-15-1; PO-16-27
Alberto Mello e Silva CO-02-0; CO-16-0; CO-24-0; CO-24-0; CO-33-0; CO-37-0; CO-38-0; IMI-01-039; IMI-03-036; IMI-03-046; IMI-03-103; PO-02-20; PO-03-08; PO-03-12; PO-03-57; PO-05-11; PO-05-25; PO-05-53; PO-05-54; PO-06-75; PO-07-39; PO-07-54; PO-08
Alberto Mello Silva CO-16-03; PO-14-61
Albina Moreira CO-31-03; IMI-02-092; IMI-03-017; PO-01-38; PO-05-73; PO-05-74; PO-06-11; PO-07-69; PO-09-17; PO-09-18; PO-11-21; PO-13-35; PO-14-33; PO-16-19
Albino Santos PO-03-18
Alcina Ponte IMI-02-074; PO-02-33; PO-07-60 PO-15-76
Alexandra Albuquerque IMI-03-095; IMI-03-106; PO-05-44; PO-15-63
Alexandra Avila PO-03-40
Alexandra Bayão Horta CO-41-05; IMI-03-082; PO-08-73; PO-08-86
Alexandra Caeiro PO-13-29; PO-16-25
Alexandra Carreiro PO-05-7; PO-09-69
Alexandra Castro CO-06-04
Alexandra Coimbra PO-04-0; PO-07-4; PO-10-2; PO-11-30
Alexandra Couto IMI-02-014; PO-02-2; PO-10-19
Alexandra Dias CO-47-01
Alexandra Esteves CO-26-0; CO-27-0; CO-40-0; IMI-01-010; IMI-01-040; IMI-02-012; IMI-02-058; IMI-02-069; IMI-02-113; IMI-03-039; IMI-03-110; PO-02-04; PO-06-35; PO-07-78; PO-08-54; PO-09-51; PO-12-60; PO-16-23
Alexandra Faustino CO-05-06; PO-02-61; PO-03-27
Alexandra Fernandes CO-15-05
Alexandra Ferreira CO-25-05; PO-09-70
Alexandra Freitas IMI-02-053; PO-02-54; PO-05-78; PO-08-57; PO-09-19; PO-10-42; PO-13-40; PO-16-55; PO-16-64
Alexandra Gaspar CO-36-03; PO-02-50; PO-05-75; PO-15-01; PO-15-02
Alexandra Gonçalves CO-26-03
Alexandra Horta PO-11-50
Alexandra Leitão PO-06-52; PO-14-71
Alexandra Malheiro IMI-01-041; IMI-01-046; IMI-01-081; IMI-01-100; PO-01-46; PO-10-67; PO-11-37; PO-13-27
Alexandra Reis PO-11-12
Alexandra Vieira PO-15-28
Alexandra Zagalo PO-02-63; PO-02-75; PO-04-57; PO-04-58; PO-04-61; PO-04-80
Alexandre Almendra PO-14-09
Alexandre Buinhas Marques PO-03-25
Alexandre Costa CO-43-04
Alexandre Lima Carneiro PO-03-18
Alexandre Marques PO-03-35
Alexandre Mendonça PO-07-49

INDICE DE AUTORES

Alexandre Pinto Mendonça PO-01-24; PO-09-15
Alexandre Silva PO-01-65; PO-16-13
Alexandre Vasconcelos CO-22-06; PO-01-04; PO-02-28; PO-02-59; PO-13-44
Alfredo Martins CO-19-07; PO-11-57
Alfredo Pinto CO-02-07; CO-04-01; CO-07-03; CO-07-04; CO-08-07; CO-09-03; CO-10-06; CO-17-06; CO-19-01; CO-20-03; CO-20-05; CO-26-01; CO-26-05; CO-27-02; CO-28-03; CO-38-06; CO-40-01; CO-40-02; CO-42-05; CO-44-01; CO-44-03; CO-50-02; CO-50-04; IM
Alfredo Santos CO-23-04; IMI-02-037
Alice Cardoso PO-11-04
Alice Castro PO-16-73
Alice Fortes CO-04-06
Alice Lança PO-13-33
Alice Reichert PO-08-42
Alice Rodrigues PO-14-16
Alice Sousa CO-22-03; PO-15-25; PO-16-54
Aline Gonçalves PO-04-11; PO-15-12; PO-16-35
Aline P. Gonçalves PO-03-72; PO-03-77; PO-14-45; PO-16-11
Almeida A PO-12-69
Almerindo Rego IMI-02-053; PO-01-28; PO-01-35; PO-01-54; PO-02-54; PO-02-80; PO-05-05; PO-05-78; PO-07-03; PO-08-57; PO-08-71; PO-09-06; PO-09-19; PO-10-42; PO-16-55; PO-16-64
Almerindo Regos CO-30-02
Aloña Gartzia IMI-02-067
Alvarenga M. J PO-01-02
Álvaro Ferreira PO-08-58
Alves do Carmo IMI-01-119; PO-01-80
Alxandra Zagalo PO-01-47
Alzira Nunes CO-08-03; PO-01-32; PO-03-51
Amadeu Prado Lacerda IMI-02-035; IMI-02-083; IMI-03-002; PO-01-30; PO-04-30; PO-09-23; PO-09-33; PO-10-33; PO-10-48; PO-14-70; PO-15-75; PO-15-77; PO-16-20
Amaia Cuñado IMI-02-001; IMI-02-067
Amalia Pereira IMI-02-114; PO-08-50
Amália Pereira IMI-02-038; PO-16-32; PO-16-33
Amanda Fernandes PO-08-44; PO-16-44; PO-16-51
Amanda Rey IMI-01-104; IMI-03-098; PO-01-48; PO-05-49; PO-06-65; PO-08-89; PO-12-32
Amaral Canelas PO-11-64
Amaro Mário PO-06-46; PO-13-65
Amélia Pereira CO-18-06; IMI-03-091; PO-03-76; PO-06-34; PO-10-71; PO-14-52
Amílcar Silva PO-07-32
Amparo Mingo PO-04-37
Ana Abreu PO-01-49
Ana Abreu Nunes IMI-03-118; PO-04-14; PO-08-07; PO-12-35; PO-13-75
Ana Afonso CO-37-04; PO-02-44; PO-02-45; PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Ana Agapito PO-07-09
Ana Águeda PO-14-75
Ana Almeida IMI-01-058; PO-01-59; PO-02-02; PO-10-05; PO-13-32
Ana Alves Oliveira IMI-01-117; IMI-03-116; PO-10-11; PO-14-37; PO-15-37
Ana Alves Rafael PO-02-16
Ana Andresa Sousa IMI-02-061; PO-12-62
Ana Araújo PO-01-78; PO-05-40; PO-12-67; PO-13-08
Ana Areia Reis IMI-02-063; PO-08-79
Ana Azevedo PO-13-66
Ana Beatriz Amaral PO-04-13; PO-10-07; PO-15-72
Ana Belén Iglesias PO-13-43
Ana Bento Rodrigues CO-17-02; PO-02-60; PO-04-01; PO-07-46; PO-08-37; PO-12-59; PO-16-57
Ana Bernardo PO-01-43; PO-01-72; PO-02-51; PO-07-26; PO-14-56
Ana Borges PO-06-34
Ana Botelho IMI-01-075
Ana Braga PO-14-21
Ana Branco CO-07-02; IMI-03-083; PO-01-40; PO-10-37; PO-11-49; PO-14-33
Ana Bravo CO-36-03; PO-02-50; PO-05-75; PO-15-01; PO-15-02
Ana Brito CO-33-05; IMI-02-042; PO-01-10; PO-01-11; PO-06-51
Ana Cabral IMI-01-015; PO-02-76; PO-09-12
Ana Campar PO-01-25; PO-01-69; PO-05-64; PO-07-17; PO-10-24; PO-11-15
Ana Campos PO-10-80
Ana Campos Nogueira CO-04-02; CO-46-04; PO-04-19; PO-07-65
Ana Canelas PO-10-15
Ana Cardoso IMI-01-069; IMI-03-003
Ana Carlos Bento PO-10-66; PO-12-33
Ana Carolina Andrade PO-04-16; PO-08-43
Ana Carolina Ferreira CO-39-05; IMI-03-085; PO-03-43; PO-03-65; PO-04-59; PO-04-63; PO-04-72; PO-09-43; PO-09-44; PO-12-34; PO-16-06; PO-16-48
Ana Carolina Furtado CO-28-02
Ana Carvalho IMI-01-102; PO-10-02; PO-10-03
Ana Castro PO-14-65
Ana Catarina Duarte CO-38-02; IMI-02-036; IMI-03-023; PO-04-17
Ana Catarina Emidio IMI-01-023; PO-10-01; PO-15-61
Ana Catarina Emídio IMI-02-083; PO-09-23; PO-10-48
Ana Catarina Lucas PO-05-27
Ana Catarina Rodrigues PO-03-29; PO-04-02; PO-09-50; PO-13-23
Ana Catarina Teixeira PO-01-42
Ana Catarino PO-13-14
Ana Cavadas IMI-03-027
Ana Cavaleiro PO-09-59
Ana Célia Sousa PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
Ana Cipriano PO-06-29
Ana Claúdia Carneiro IMI-02-045
Ana Cláudia Carvalho PO-04-27; PO-12-62
Ana Cláudia Miranda PO-02-09; PO-04-53
Ana Cláudia Ribeiro PO-11-32
Ana Cláudia Vieira CO-22-04
Ana Cordeiro PO-08-84

Ana Corte Real CO-08-05; IMI-03-067; IMI-03-105; PO-03-14; PO-03-15; PO-09-32; PO-10-49; PO-12-49; PO-14-35

Ana Costa CO-03-02; CO-04-02; IMI-01-008; IMI-02-105; IMI-03-120; PO-01-38; PO-01-69; PO-07-50; PO-07-57; PO-08-06; PO-08-08; PO-10-69; PO-13-47; PO-15-10

Ana Cristina Carneiro PO-10-15

Ana Cristina Duarte PO-05-41

Ana Cristina Grilo PO-09-07

Ana Cristino IMI-01-045; PO-13-01; PO-13-07; PO-14-57

Ana Cunha PO-06-55

Ana Dias CO-31-01

Ana Duarte PO-06-01

Ana Emídio PO-08-68; PO-09-53

Ana Esesumaga CO-18-01

Ana Faceira CO-09-05; PO-06-45; PO-14-60

Ana Farinha PO-04-07; PO-06-17

Ana Faustino IMI-02-054

Ana Fernandes PO-04-07; PO-06-17

Ana Ferrão IMI-03-047; PO-04-33; PO-06-37; PO-14-04; PO-15-16

Ana Figueiredo CO-21-02; PO-03-38

Ana Filipa Barros CO-33-02; PO-10-13; PO-10-14; PO-13-23

Ana Filipa Ferreira IMI-02-102

Ana Filipa Matos CO-48-02; IMI-02-100; IMI-03-113; PO-08-25; PO-11-51

Ana Filipa Pires PO-08-79

Ana Filipa Raposo CO-31-05; PO-02-27

Ana Filipa Rebelo CO-01-06; CO-25-03; PO-07-19

Ana Filipa Rodrigues CO-05-01

Ana Filipe Monteiro PO-02-57; PO-14-59

Ana Fonte PO-12-07

Ana Furtado CO-08-04; PO-01-56; PO-03-28; PO-11-35; PO-13-51

Ana Galrinho CO-07-01; PO-05-38

Ana Gameiro PO-01-16; PO-04-69; PO-06-12; PO-10-21; PO-13-63

Ana Gaspar CO-08-05; IMI-03-105; PO-03-15; PO-14-35

Ana Gomes IMI-01-108; PO-04-34; PO-07-31

Ana Gonçalves PO-01-79; PO-05-34; PO-14-65; PO-15-27

Ana Gonçalves Ferreira CO-20-01; IMI-03-080; PO-05-03

Ana Grilo PO-02-32; PO-05-62; PO-07-44; PO-13-23; PO-15-74

Ana Hipólito Reis PO-03-06

Ana Horta IMI-02-047

Ana Isabel Costa PO-09-74; PO-13-27

Ana Isabel Espadana PO-08-18

Ana Isabel Oliveira Pinho PO-13-57

Ana Isabel Pedroso CO-03-01; CO-12-03; CO-15-04; IMI-03-088; IMI-03-089

Ana Isabel Reis CO-33-01; PO-02-32; PO-05-62; PO-07-59; PO-09-07; PO-10-14; PO-13-23; PO-15-74

Ana Isabel Rodrigues CO-23-04; IMI-02-037; PO-04-42; PO-07-61; PO-02-49

Ana Isabel Tomé CO-20-01; CO-42-07

Ana Jerónimo PO-16-07

Ana João Pissarra CO-22-03; CO-30-03; CO-42-03; IMI-01-031; IMI-03-104; PO-08-09; PO-08-42; PO-09-13; PO-09-40; PO-10-36; PO-10-46; PO-11-72; PO-16-54

Ana João Sá PO-01-77

Ana Júlia Oliveira Pedro CO-14-01

Ana Knoch IMI-03-099

Ana Lages PO-05-56

Ana Laranjo PO-04-44; PO-11-38; PO-14-06; PO-14-10; PO-14-69

Ana Leitão CO-06-01; CO-06-02; CO-10-01; CO-10-03; CO-34-04; CO-41-04; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; CO-48-06; PO-04-47; PO-08-83; PO-14-21; PO-14-22; PO-14-50

Ana Lemos CO-01-04; CO-42-06; IMI-01-106; PO-01-17; PO-01-18; PO-03-58; PO-06-40; PO-15-78

Ana Lima Silva CO-09-04; CO-46-03

Ana Lisa Lima CO-32-04; CO-43-05; IMI-03-017; IMI-03-117; PO-06-39; PO-11-49; PO-13-35

Ana Lladó CO-34-02; IMI-01-057; PO-09-46; PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-15-40; PO-15-49; PO-16-61

Ana Lopes CO-01-03; CO-12-01; PO-01-22; PO-02-20; PO-05-53; PO-16-26; PO-16-74; CO-12-05

Ana Lourenço CO-44-04; CO-45-03; CO-45-04; PO-15-42

Ana Lucas IMI-01-118

Ana Lucia Sousa PO-06-73

Ana Luisa Antunes PO-09-38

Ana Luísa Antunes PO-03-66; PO-08-03; PO-09-39; PO-13-49

Ana Luísa Azevedo PO-04-52; PO-06-49

Ana Luísa Marçal CO-03-02; IMI-02-056; PO-06-11; PO-14-33

Ana Luísa Matos IMI-03-032; IMI-03-069; PO-03-22; PO-08-27; PO-08-28; PO-08-29; PO-10-52; PO-16-17; PO-16-37; CO-32-05

Ana Luísa Rego PO-08-58

Ana Luísa Silva IMI-01-046

Ana Lynce CO-23-05; CO-42-03; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; CO-48-06; IMI-01-029; PO-08-09; PO-09-40

Ana Machado PO-09-06

Ana Maia PO-04-32

Ana Manuel IMI-03-027; PO-03-02

Ana Marcos Pinto IMI-01-112

Ana Margarida Antunes PO-12-51; PO-12-52; PO-15-05

Ana Margarida Carvalho CO-16-01

Ana Margarida Faria PO-01-09

Ana Margarida Fernandes CO-25-04

Ana Margarida Peixoto CO-16-07; CO-20-03; CO-23-06; CO-28-03; IMI-02-026; IMI-03-041; IMI-03-121; PO-04-10; PO-12-27; PO-15-59; PO-16-72; PO-16-77; PO-16-78

Ana Margarida Ribeiro PO-09-64

INDICE DE AUTORES

Ana Margarida Romeiro PO-11-45
Ana Maria Costa PO-01-71
Ana Maria Gonçalves PO-03-21
Ana Maria Grilo CO-25-02; CO-46-02; IMI-03-008; PO-01-13; PO-03-61; PO-05-51; PO-09-05
Ana Maria Silva PO-06-59
Ana Marques PO-03-24; PO-05-20
Ana Martins PO-14-23; PO-16-09
Ana Matos IMI-02-093; PO-16-21
Ana Messias PO-04-46; PO-16-25
Ana Mondragão PO-13-04
Ana Monteiro IMI-01-046
Ana Moreira CO-21-06; CO-49-04; PO-12-41; PO-12-66; PO-14-76
Ana Moreno IMI-01-002; IMI-02-001; IMI-02-067
Ana Mosalina PO-03-03
Ana Moura PO-01-42
Ana Nascimento CO-08-07; CO-10-06; CO-28-03; CO-50-04; IMI-01-053; IMI-02-046; PO-12-14; PO-14-51; PO-15-59
Ana Natário PO-04-07
Ana Nogueira CO-31-03
Ana Novo IMI-03-012; IMI-03-055; IMI-03-122; PO-02-10; PO-03-47; PO-05-50; PO-07-08
Ana Nunes CO-33-04; CO-37-05; IMI-03-051; PO-05-06; PO-15-09
Ana Ogando PO-08-30; PO-09-82
Ana Oliveira PO-03-58; PO-06-40
Ana Oliveira Monteiro IMI-02-085; PO-09-08; PO-09-63
Ana Oliveira Pinho PO-06-33
Ana Pais PO-05-10; PO-11-18
Ana Palricas CO-48-02; IMI-02-100; IMI-03-113; PO-02-70; PO-04-54; PO-08-25; PO-09-55; PO-12-64; PO-16-52; PO-16-76
Ana Pãosinho PO-02-16
Ana Pastor PO-07-42
Ana Patrícia Cachado CO-10-04; PO-03-69; PO-03-70
Ana Patrícia Gomes CO-07-02; IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-063; IMI-03-096; PO-01-05; PO-07-02; PO-15-08
Ana Patrícia Lopes PO-04-04
Ana Patricia Pereira CO-41-02
Ana Patrícia Pereira PO-01-44; PO-11-32
Ana Paula Brandão IMI-01-104; IMI-03-098; PO-05-49; PO-08-89; PO-12-32
Ana Paula Marques PO-07-69
Ana Paula Pacheco CO-25-01; PO-06-02; PO-07-66; PO-12-56; PO-13-38; PO-13-52
Ana Paula Pona IMI-02-104; PO-14-73
Ana Paula Tavares IMI-02-047
Ana Paula Vaz PO-10-69
Ana Paula Vilas CO-24-03; IMI-03-059; PO-06-23; PO-07-11; PO-10-26
Ana Pedroso CO-50-05; IMI-03-104
Ana Pereira PO-08-11; PO-10-80; PO-12-15
Ana Pessoa CO-18-03; IMI-02-077; PO-07-29
Ana Pidal PO-01-65; PO-16-13
Ana Pimenta de Castro PO-01-52; PO-06-26; PO-06-27; PO-06-28; PO-12-11
Ana Pinho PO-01-19
Ana Pinho Oliveira CO-01-04
Ana Ponciano PO-01-21; PO-15-70
Ana Rafael CO-11-05; CO-38-05; IMI-03-005; PO-04-60; PO-04-62; PO-05-39; PO-09-83; PO-16-04
Ana Rafaela CO-21-05
Ana Rafaela Alves CO-03-01; CO-10-02; CO-12-03; CO-15-04; PO-16-22
Ana Rafaela Araújo IMI-03-094; PO-04-68; PO-13-62; PO-13-72; PO-15-41; PO-16-47
Ana Raquel Barreira IMI-03-043
Ana Raquel Freitas PO-06-59
Ana Raquel Lima IMI-01-045; IMI-02-072; PO-02-30; PO-06-47
Ana Raquel Oliveira PO-16-63
Ana Raquel Ramos CO-10-01; CO-10-03; IMI-03-043; PO-08-38; PO-14-21; PO-14-22
Ana Raquel Silva PO-15-04
Ana Reis CO-33-02; PO-02-18; PO-02-19; PO-05-52; PO-07-44; PO-10-13; PO-10-17; PO-13-40
Ana Ribeiro IMI-02-101; PO-03-60; PO-06-06; PO-06-45
Ana Ribeiro da Cunha CO-13-02; CO-28-01; CO-37-06; PO-05-61; PO-10-22; PO-14-64; PO-15-29; PO-15-30
Ana Rita Alves Lopes IMI-02-029; PO-05-36; PO-05-37; PO-15-13
Ana Rita Cambão CO-08-07; CO-10-06; CO-28-03; CO-50-04; IMI-01-053; IMI-02-046; PO-12-14; PO-14-51; PO-15-59
Ana Rita Costa CO-14-04; CO-19-02; PO-03-73; PO-05-64; PO-07-80; PO-11-06
Ana Rita Cruz CO-19-02; PO-07-80; PO-11-06
Ana Rita Ferreira IMI-01-119; PO-01-80
Ana Rita Lopes PO-01-32; PO-03-51
Ana Rita Marques CO-33-06
Ana Rita Nogueira CO-05-03; CO-17-01; CO-28-05; CO-29-02; CO-29-04; CO-29-05; IMI-01-014; IMI-01-035; IMI-02-112; IMI-03-081; IMI-03-087; PO-09-41; PO-16-17
Ana Rita Parente PO-01-71; PO-10-59; PO-16-12
Ana Rita Ramalho PO-05-39; PO-14-38
Ana Rita Rocha PO-02-56
Ana Rita Sanches CO-34-06; CO-40-03; PO-02-29; PO-08-65
Ana Rita Santo CO-43-01
Ana Rita Santos IMI-03-104; PO-10-46; PO-14-56; PO-15-25; PO-16-10
Ana Rita Terra CO-33-04; CO-37-05; PO-15-09
Ana Rita Victor PO-14-38
Ana Sá PO-01-36
Ana Santander PO-09-02
Ana Santo António PO-11-64

Ana Santos CO-27-06; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; PO-02-17; PO-14-24; PO-16-68; PO-16-70

Ana Serrano IMI-03-115; PO-16-40

Ana Silva IMI-03-040

Ana Silva Fernandes IMI-02-028; PO-08-49; PO-15-53

Ana Sofia Carvalho CO-16-04; CO-24-05; CO-38-04; PO-12-06

Ana Sofia Costa Matos CO-08-07; CO-10-06; CO-28-03; CO-50-04; IMI-01-053; IMI-02-046; PO-12-14; PO-14-51; PO-15-59

Ana Sofia Cunha PO-04-18; PO-07-63

Ana Sofia Matos IMI-03-121

Ana Sofia Montez PO-13-62

Ana Sofia Pires PO-02-46; PO-09-61

Ana Sofia Serafim PO-04-78

Ana Sofia Silva IMI-01-113; IMI-03-030; PO-13-27

Ana Sofia Sobral PO-08-49

Ana Sofia Teixeira CO-07-02; CO-23-05; IMI-03-083; PO-01-40; PO-10-37

Ana Sousa CO-15-01; CO-43-01; IMI-01-064; IMI-03-050; PO-01-12

Ana Sousa Leite PO-03-47

Ana Teresa PO-15-31

Ana Teresa Boquinhas CO-03-01; CO-12-03; CO-15-04; CO-40-05; PO-04-77; PO-06-04; PO-12-50; PO-14-65

Ana Teresa Ferreira CO-10-04

Ana Teresa Goes IMI-02-028; PO-08-49; PO-15-53

Ana Teresa Gonçalves PO-14-30

Ana Teresa Moreira CO-35-04; CO-49-03; IMI-01-061; IMI-02-024; PO-07-40; PO-10-45; PO-13-45; PO-15-58

Ana Teresa Pina CO-22-05; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-03-022; PO-06-05

Ana Teresa Timóteo CO-07-01; PO-05-38

Ana Tornada CO-31-05; PO-04-74

Ana Valada Marques CO-05-01; IMI-03-067; PO-09-32; PO-14-27

Ana Varela IMI-02-037; PO-02-49

Ana Vaz PO-09-77; PO-11-33

Ana Vaz Cristino CO-39-01; PO-11-05; PO-12-24; PO-13-34

Ana Velon PO-11-13; PO-11-14

Ana Veloso IMI-02-092; PO-16-19

Ana Ventura PO-10-16

Ana Vera Cruz PO-01-73; PO-07-02; PO-10-64

Ana Vera Marinho IMI-01-036; PO-03-32

Ana Verónica Varela PO-08-77

Ana Vigário CO-19-02; IMI-02-017; PO-03-73; PO-08-74; PO-10-77; PO-12-40

Anabela Brito IMI-01-085; IMI-01-104; IMI-03-072; IMI-03-098; PO-01-48; PO-05-49; PO-06-65; PO-08-89; PO-12-32; PO-13-16

Anabela Faria PO-07-14

Anabela Ferreira IMI-02-056

Anabela Marques CO-03-01; CO-40-05; PO-04-77

Anabela Morais PO-02-30; PO-11-05

Anabela Nunes CO-06-05; PO-02-69; PO-04-39; PO-08-87

Anabela Oliveira CO-04-06; PO-03-46; PO-06-09; PO-09-36; PO-09-68; PO-10-27

Anabela Raimundo CO-41-05

Anabela Santos CO-31-01; PO-01-53

Anabela Silva IMI-02-059; PO-12-03

Anabela Tavares PO-16-18

Anabela Valadas PO-11-45

Anastasiia Ilchenko PO-10-54

André Almeida IMI-02-002; IMI-03-029; IMI-03-100; IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52; PO-09-03; PO-14-07

André Azevedo IMI-01-102; PO-10-02; PO-10-03

André Candelaria PO-09-46

André Casado PO-03-25

André Correia PO-05-09

André Duarte PO-03-51

Andre Fabiano CO-01-01

André Ferreira Simões CO-11-02; CO-11-03; CO-13-06; CO-27-01; CO-48-03; PO-10-72; PO-11-54; PO-13-31; PO-14-38; PO-14-48; PO-15-43; PO-15-48

André Florêncio CO-12-05

André Gomes PO-09-77; PO-11-33

André Gordinho CO-10-05; CO-29-01; IMI-02-060; IMI-03-006; PO-09-49; PO-12-58

André Goulart PO-02-54; PO-05-78; PO-08-57; PO-09-19; PO-10-42; PO-16-55; PO-16-64

André Mansinho PO-08-31

André Marçal PO-13-01; PO-14-57

André Martins CO-16-01; IMI-02-102

André Mendes Martins IMI-02-096

André Pereira PO-05-10; PO-11-18

André Real IMI-03-086; PO-02-47; PO-02-62; PO-06-16; PO-13-33

André Rodrigues CO-14-06; PO-03-67; PO-03-68; PO-15-56

André Rosa Alexandre CO-04-03; CO-41-05; IMI-03-082; PO-09-30

André Santa Cruz PO-01-07; PO-03-55; PO-07-76; PO-10-32

André Simões CO-11-04; PO-01-70; PO-13-30; PO-13-79; PO-15-46

André Souto CO-44-05

André Terras Alexandre CO-25-03; PO-07-19

Andre Valente PO-16-40

André Valente IMI-03-115

Andrea Castanheira PO-02-09; PO-05-11; PO-05-54; PO-14-58

Andrea Machado CO-23-01

Andrea Mateus CO-14-02; CO-27-05; PO-01-63; PO-07-43; PO-09-81

Andrea Salgueiro CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15

Andrea Suzana Machado PO-09-78

Andrei Gradinaru CO-20-06; CO-26-02; PO-03-11; PO-05-26; PO-07-47; PO-11-20; PO-14-30

Andreia Araújo CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-088; PO-03-26; PO-09-27; PO-10-30; PO-11-34; PO-16-05

INDICE DE AUTORES

Andreia Araujo Marques PO-05-46
Andreia Bernardino PO-03-56
Andreia Carlos IMI-01-027; PO-03-34; PO-10-06; PO-12-46
Andreia Coelho CO-39-01
Andreia Correia PO-01-64; PO-03-45; PO-12-08; PO-12-43; PO-15-54
Andreia Costa IMI-02-020; PO-05-33; PO-07-15; PO-07-27; PO-09-42; PO-10-41
Andreia Cruz PO-04-15; PO-11-66
Andreia do Carmo Lopes PO-07-64; PO-10-57
Andreia Machado Ribeiro PO-04-47
Andreia Matos CO-34-01
Andreia Moreira PO-10-20
Andreia Nunes CO-13-01
Andreia Paulo PO-01-65; PO-16-13
Andreia Pereira IMI-01-021
Andreia Pestana IMI-01-041; IMI-01-081; IMI-01-100; PO-03-39; PO-11-37
Andreia Póvoa CO-49-03; IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45; PO-15-31; PO-15-65
Andreia Rocha PO-16-30
Andreia Seixas IMI-01-012; IMI-02-031; PO-02-22; PO-12-09; PO-15-55
Andreia Sofia Carlos PO-02-35; PO-02-55; PO-03-50; PO-13-02; PO-14-66
Andreia Tavares IMI-01-022; PO-13-19; PO-13-21
Andreia Teixeira CO-27-06; PO-02-17; PO-16-68; PO-16-70
Andriy Bal PO-01-03
Ângela Coelho CO-09-04; CO-46-03
Angela Mota CO-08-01; PO-12-48
Ângela Mota CO-01-04; CO-02-03; CO-22-02; PO-01-33; PO-15-78
Aníbal Coutinho CO-23-04; PO-04-42
Anibal Marinho CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Aníbal Marinho PO-09-24; PO-13-06
Anilda Barros PO-08-34; PO-08-35
Anita Quintas PO-14-46
Anna Knoch PO-04-52; PO-06-49; PO-10-62; PO-13-66
Anna Taulaigo CO-34-02; IMI-01-057; PO-09-46; PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-15-40; PO-15-49; PO-16-61
Anna Vilamala CO-22-01; CO-35-02
Anneke Joosten PO-14-73
Ans Patricía Gomes PO-07-24
Antero Fernandes CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Anton Vasin IMI-03-067; PO-09-32; PO-14-27
Antónia Cardoso PO-04-73
Antónia Galego PO-06-33
Antónia Gomes PO-04-20
António Afonso PO-07-09
Antonio Alho PO-05-34
António Almeida PO-08-73
António Alves PO-13-54
António Antunes IMI-02-115; PO-03-09; PO-05-70
António Aragão CO-17-01; IMI-01-035; IMI-03-081; PO-08-72; PO-09-41; PO-16-17; PO-16-37
António Araújo PO-01-71
António Cabral CO-44-05; PO-04-71
António Cabrita CO-24-04
António Caetano IMI-02-028; PO-05-16; PO-15-53
António Cardoso PO-04-78; PO-09-48
António Carneiro CO-16-06; CO-19-07; IMI-01-087; PO-11-57
António Carvalho CO-16-05; IMI-03-104; PO-08-09; PO-10-46
António da Costa Carneiro CO-38-01; IMI-03-034
António Ferreira CO-08-03; CO-11-01; CO-14-03; CO-20-03; CO-38-06; CO-40-02; CO-42-05; CO-44-03; CO-50-02; IMI-01-040; IMI-01-066; IMI-02-026; IMI-02-027; IMI-02-034; IMI-02-086; IMI-02-109; IMI-03-061; PO-01-67; PO-02-64; PO-03-54; PO-07-55; PO-08-47
António Ferro PO-05-80; PO-06-31; PO-12-32; PO-13-56
António Fontes PO-02-25; PO-03-43; PO-04-26; PO-04-63; PO-07-71; PO-07-74; PO-10-20; PO-12-04; PO-16-18
António Furtado CO-03-02; CO-05-05; CO-22-06; CO-32-04; CO-43-05; IMI-01-011; IMI-03-017; IMI-03-093; IMI-03-117; PO-01-04; PO-01-38; PO-02-28; PO-02-52; PO-02-59; PO-03-42; PO-04-19; PO-04-29; PO-05-57; PO-05-73; PO-05-74; PO-06-07; PO-06-11; PO-06
António Godinho CO-32-02; IMI-01-105; PO-02-23; PO-07-72; PO-08-51; PO-14-25; PO-14-31; PO-15-67
António Gomes da Costa IMI-03-007
António Jácomo CO-34-06
António Jorge PO-06-63
António José Cruz CO-47-04
António Madureira CO-08-03
António Malhado PO-13-28
Antonio Marinho PO-09-01
António Marinho IMI-01-001
António Mário Santos CO-48-05; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-03-69; PO-03-70; PO-07-77; PO-14-40; PO-14-41
António Martins Baptista IMI-01-027; IMI-02-016; IMI-03-010; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-35; PO-02-36; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46; PO-13-02; PO-14-63; PO-14-66
António Meleiro PO-04-30; PO-16-20
António Messias PO-02-36; PO-13-02
Antonio Monteiro PO-12-15
António Monteiro CO-01-04; CO-02-03; CO-22-02; CO-42-06; IMI-01-015; IMI-01-106; IMI-02-070; IMI-03-114; IMI-03-118; PO-01-17; PO-01-18; PO-01-19; PO-01-33; PO-01-64; PO-02-76; PO-03-45; PO-03-58; PO-04-14; PO-06-40; PO-07-06; PO-08-07; PO-09-12; PO-
António Moura Alves PO-12-32

António Panarra CO-26-03; CO-34-02; IMI-01-057; PO-01-51; PO-03-71; PO-09-46; PO-11-40; PO-12-31; PO-12-51; PO-12-52; PO-13-28; PO-14-11; PO-15-05; PO-15-40; PO-15-49; PO-16-61
António Patricio PO-02-47; PO-13-33
António Paulo Godinho PO-10-60
António Pedro Machado PO-07-56
António Prisca CO-39-05; PO-03-65; PO-04-59; PO-04-63
António Santos PO-14-46
António Sarmento PO-04-27; PO-12-62
Antonio Trigo Faria CO-02-06
António Trigo Faria IMI-02-020; PO-02-30; PO-07-15; PO-09-42
António Vieira PO-04-16
Anusca Paixão IMI-02-039; IMI-02-043; PO-16-30
Anzhela Chernovska PO-01-08
Arantzazu Maiz IMI-02-001
Aratzazu Maiz IMI-02-067
Árcia Chipepo PO-14-19
Arlindo Guimas IMI-01-076
Armando Bordalo e Sá PO-14-38
Armando Carvalho CO-05-03; CO-17-05; CO-20-04; CO-28-06; CO-29-02; CO-29-04; CO-29-05; CO-32-05; CO-34-01; CO-37-01; CO-39-06; CO-49-02; IMI-01-014; IMI-01-036; IMI-01-092; IMI-01-099; IMI-02-093; IMI-02-095; IMI-02-110; IMI-02-111; IMI-02-112; IMI-03
Armando de Carvalho CO-17-01; CO-42-02; CO-43-06; IMI-01-035; IMI-03-032; IMI-03-069; IMI-03-081; PO-02-58; PO-03-22; PO-08-27; PO-08-28; PO-08-29; PO-09-41; PO-13-05; PO-16-17; PO-16-37; CO-20-02; IMI-01-109; IMI-02-025; CO-50-01
Armindo Figueiredo PO-07-20; PO-07-21; PO-07-61; PO-08-77
Armindo Ramos IMI-03-088; IMI-03-089
Armindo Sousa Ribeiro PO-05-16
Arsénio Barbosa PO-04-22; PO-06-45; PO-09-64
Arsénio Santos CO-37-01; PO-13-42
Artur Barros IMI-02-084; PO-10-18
Artur Gama CO-07-02; IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-063; IMI-03-083; IMI-03-096; PO-01-40; PO-03-36; PO-07-02; PO-07-24; PO-10-37; PO-10-54; PO-10-64; PO-15-08; PO-01-73
Artur Jorge César IMI-02-085
Artur Oliveira Silva PO-05-73; PO-07-50
Artur Silva PO-09-17
Arturo Botella CO-48-06; PO-04-47
Ascension López PO-02-44; PO-02-45
Ascensión López PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Aslev Obregon PO-01-49
Augusta Gaspar PO-13-32
Augusta Silva CO-20-03; CO-38-06; CO-40-02; CO-44-03; CO-50-02; IMI-01-066; IMI-02-026; IMI-02-027; IMI-02-086; IMI-03-061; PO-01-67; PO-03-54
Augusto Duarte CO-09-04; CO-18-03; CO-46-03; IMI-02-045; IMI-02-077; PO-07-29; PO-07-30; PO-16-50
Augusto Gaspar PO-08-73
Aura Laginha Ramos CO-24-01
Aurélia Martinho PO-01-56
Aurora Tomaz CO-42-07
Avelina Samuel PO-04-66
Bárbara Flor de Lima PO-12-18
Bárbara Lobão PO-01-30; PO-03-33; PO-06-62; PO-06-66; PO-15-77
Bárbara Pedro IMI-02-118; IMI-03-092; PO-06-76; PO-07-79; PO-09-54; PO-11-58; PO-16-46; PO-16-49
Bárbara Picado CO-33-02; PO-02-18; PO-02-19; PO-05-52; PO-05-62; PO-07-44; PO-10-17; PO-13-23
Bárbara Ramos PO-04-29
Barbara Xavier CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Beatriz Amaral IMI-02-078; PO-03-05; PO-05-77
Beatriz Braga IMI-01-062; IMI-02-073; IMI-02-075; PO-02-25; PO-02-26; PO-05-45; PO-16-06
Beatriz Frutuoso PO-09-24; PO-12-47
Beatriz Malvar IMI-03-004
Beatriz Navarro IMI-02-083; IMI-03-002; PO-09-23; PO-10-01; PO-10-48; PO-14-70; PO-15-61; PO-15-75
Beatriz Oliveira Lopes PO-05-19
Beatriz Pinheiro IMI-01-098; PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47
Beatriz Saldanha Santos PO-03-30
Bebiana Faria PO-11-59
Bebiana Gonçalves PO-08-86; PO-11-50
Behnam Moradi IMI-03-033
Benilde Barbosa CO-34-05; CO-45-02; IMI-03-069; PO-08-27; PO-08-28; PO-08-29; PO-08-81; PO-14-36; PO-16-56
Bernardino Valério CO-13-04; PO-15-52
Bernardo Baptista PO-08-73; PO-08-86
Bernardo Ferreira CO-21-03; PO-04-35; PO-08-19; PO-12-37; PO-16-01
Bernardo Macedo IMI-01-072; PO-08-17
Bernardo Neves CO-41-05
Betânia Ferreira CO-03-05; IMI-01-089; PO-02-42; PO-06-20
Blanca Polo IMI-01-119; PO-01-80
Bogdan Kachan CO-49-05; PO-11-53
Bogdan Katchan PO-14-08
Bráulio Gomes CO-14-05; PO-07-38
Brito Avô CO-49-01; PO-09-67; PO-10-39
Brito. B PO-12-69
Broa Ana PO-13-65
Bruno Ferreira PO-01-36; PO-02-43
Bruno Grima CO-08-04; PO-03-28; PO-11-35; PO-13-51
Bruno Loureiro IMI-02-085; PO-09-08; PO-09-63
Bruno Marmelo CO-08-01; PO-12-48

INDICE DE AUTORES

Bruno Oliveira CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Bruno Pedro CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-073; IMI-01-088; IMI-01-096; PO-05-46; PO-07-04; PO-09-27
Bruno Pereira CO-01-01
Bruno Piçarra PO-14-56
Bruno Rodrigues CO-07-02; PO-13-05
Bruno Silva PO-05-09; PO-05-73
Bruno Valentim IMI-03-083
C. Freitas PO-05-07; PO-07-07
Cabo João PO-07-68
Calado Nidia CO-43-03
Camila Pereira CO-06-03
Camila Tapadinhas CO-13-04; PO-15-52
Cândida Barroso PO-01-65; PO-16-13
Cândida Fonseca CO-06-01; CO-06-02; CO-10-01; CO-10-03; CO-34-04; CO-41-04; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; CO-48-06; PO-04-47; PO-08-83; PO-08-85; PO-14-21; PO-14-22; PO-14-50
Carina Alves Silva IMI-01-051; IMI-02-103
Carina Andrade CO-03-03
Carina Ferreira PO-03-70
Carina Graça PO-06-21; PO-06-22; PO-09-74
Carina Lopes CO-24-02
Carina Machado PO-16-18
Carina Rodrigues IMI-03-053
Carina Silva IMI-01-012; IMI-02-002; IMI-03-027; IMI-03-043; IMI-03-108; PO-02-77; PO-04-03; PO-05-48; PO-07-52; PO-09-03; PO-11-78; PO-12-01; PO-12-05; PO-14-01
Carine Marinho PO-04-43
Carla Almeida PO-04-63; PO-16-18
Carla Andrade IMI-02-003; PO-14-55; PO-16-65
Carla Antonio PO-12-16
Carla António PO-12-08
Carla Carneiro IMI-02-018
Carla Costa PO-08-11
Carla de La Guerra IMI-01-002; IMI-02-001; IMI-02-067; PO-09-02
Carla Eira CO-02-03; CO-22-02; PO-01-33
Carla Falcão IMI-01-042; IMI-02-074; IMI-02-076; PO-01-26; PO-02-33; PO-06-68; PO-07-60; PO-10-63; PO-15-26; PO-16-53
Carla Ferreira IMI-03-072
Carla Fidalgo PO-02-24; PO-10-19
Carla Gonçalves PO-10-37; PO-10-64; PO-14-54
Carla Lemos Costa PO-07-67
Carla Lopes CO-34-04; CO-41-04
Carla Macieira CO-03-06
Carla Madureira Pinto CO-20-06; IMI-02-029; IMI-03-009; PO-05-36; PO-05-55; PO-10-74; PO-11-07
Carla Magalhães CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Carla Maia IMI-01-116; IMI-02-056; PO-04-04; PO-06-57; PO-06-69; PO-09-18
Carla Maravilha CO-13-05; IMI-01-105; PO-02-23; PO-04-41; PO-07-72; PO-14-31; PO-15-67
Carla Matias PO-01-75
Carla Manuela Ribeiro Henriques PO-15-60
Carla Meira PO-04-10
Carla Melo IMI-01-047
Carla Noronha PO-05-13; PO-06-01
Carla Pinto IMI-02-011; PO-12-65; PO-15-27
Carla Serrano CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Carla Simão IMI-03-028
Carla Tonel IMI-02-044; CO-35-06; PO-09-11
Carlos Alberto PO-01-46
Carlos Anjo PO-01-47; PO-04-20; PO-04-21; PO-06-79; PO-11-56
Carlos Azuaje CO-30-04
Carlos Basílio PO-11-29
Carlos Bello PO-15-25
Carlos Braga PO-03-53
Carlos Cabrita PO-04-37; PO-16-26; PO-16-74
Carlos Capela CO-19-05; CO-25-01; CO-33-06; IMI-01-019; IMI-01-028; IMI-01-069; IMI-02-013; IMI-02-090; IMI-03-003; IMI-03-052; IMI-03-066; IMI-03-099; PO-03-53; PO-03-55; PO-04-52; PO-05-22; PO-06-15; PO-06-49; PO-07-66; PO-07-75; PO-07-76; PO-08-
Carlos Carvalho IMI-01-023; PO-01-30; PO-10-01; PO-15-61; PO-15-77
Carlos Chagas PO-13-79
Carlos Cruz Villalon PO-14-24
Carlos D. Silva PO-16-43
Carlos Dias PO-06-08
Carlos Fernandes PO-09-61
Carlos Ferreira IMI-01-091
Carlos Filipe CO-20-02; CO-39-06
Carlos Lino IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-096; PO-01-05; PO-07-02; PO-07-24
Carlos Machado e Costa CO-17-02; PO-08-37; PO-12-59; PO-16-57
Carlos Marques PO-03-31
Carlos Meneses PO-13-02
Carlos Meneses de Oliveira PO-02-36
Carlos Miranda PO-14-70
Carlos Monteverde CO-25-02; CO-32-01; CO-35-01; CO-46-02; IMI-02-009; IMI-02-066; PO-01-01; PO-02-66; PO-03-31; PO-04-65; PO-05-41; PO-05-42; PO-05-43; PO-07-01; PO-09-26; PO-10-04; PO-14-62; PO-15-71
Carlos Morais PO-03-13; PO-03-27
Carlos Oliveira PO-05-65; PO-07-67; PO-08-11; PO-08-30; PO-09-82
Carlos Pavão PO-05-72; PO-09-69
Carlos Pinhão Ramalheira IMI-03-119; PO-08-63
Carlos Pires IMI-03-004
Carlos Ramalheira CO-12-06; PO-02-61; PO-16-28

Carlos Ribeiro IMI-02-041; IMI-02-109; IMI-03-060; PO-01-03; PO-01-67; PO-02-64; PO-04-64; PO-11-48; PO-11-67

Carlos Santos IMI-01-003; PO-05-14; PO-06-67; PO-10-61; PO-13-71; PO-13-76; PO-15-44; PO-15-47

Carlos Soares PO-03-66

Carlos Sofia CO-15-05

Carlos Vasconcelos CO-02-05; CO-18-02; PO-06-30; PO-09-01

Carlos Vidal PO-16-09

Carlos Voabil PO-09-05

Carlota Cunha CO-43-05; PO-02-52

Carlota Vicente Cunha PO-11-36

Carmélia Rodrigues CO-02-07; CO-04-01; CO-04-04; CO-07-03; CO-07-04; CO-08-06; CO-09-03; CO-11-01; CO-11-06; CO-14-03; CO-19-01; CO-20-05; CO-24-07; CO-26-01; CO-28-04; CO-40-01; CO-44-01; CO-44-03; PO-04-12; PO-06-19; PO-07-55; PO-08-05; PO-08-47; PO

Carmen Ferreira PO-01-08

Cármen Ferreira CO-12-04

Carmen Marques PO-02-14; PO-09-21; PO-11-65

Carmen Pais IMI-02-020; PO-02-30; PO-07-15; PO-11-05; PO-16-30

Carmen Soares PO-06-44; PO-16-03

Carmen Valdivieso CO-36-01; IMI-01-025; IMI-02-019; IMI-03-056; PO-01-34; PO-02-40; PO-02-41; PO-05-26; PO-11-19; PO-11-20

Carmo Macario PO-11-53

Carolina Aguiar CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-01-041; IMI-01-082; IMI-03-014; IMI-03-097; IMI-03-112; PO-03-39; PO-03-63; PO-09-62; PO-10-67; PO-11-37; PO-13-58; PO-14-20

Carolina Baptista Simões CO-23-01

Carolina Cabo PO-10-66; PO-12-33

Carolina Carboni CO-49-05

Carolina Carvalho IMI-01-065; PO-13-39

Carolina Catanho PO-09-16

Carolina Gouveia PO-08-42; PO-15-25

Carolina Guedes CO-31-04; IMI-02-056

Carolina Marini PO-09-79

Carolina Midões Correia CO-19-04; CO-32-02; PO-10-60

Carolina N. Gouveia CO-30-03; IMI-01-031; PO-09-13; PO-09-40; PO-10-36; PO-11-72

Carolina Ormonde IMI-02-065; PO-05-60

Carolina Paulino PO-15-52

Carolina Pavão IMI-02-078; PO-03-05; PO-05-77; PO-08-84

Carolina Sepúlveda PO-02-47; PO-06-16; PO-13-33

Carolina Vidal IMI-01-062; IMI-02-073; IMI-02-075; PO-02-25; PO-02-26; PO-04-26; PO-05-45; PO-07-71; PO-10-20

Catarina Abrantes CO-40-05; PO-04-77

Catarina Antunes IMI-02-040; IMI-02-098; IMI-02-099; PO-04-49; PO-04-51; PO-08-26; PO-09-34; PO-11-46; PO-13-59; PO-13-60; PO-14-12; PO-14-28; PO-15-24; PO-16-36

Catarina Araújo CO-39-02; IMI-01-043; PO-06-41; PO-07-37; PO-16-02; PO-16-58

Catarina Bastos CO-06-01; PO-14-50

Catarina Brízido IMI-01-029; IMI-03-104

Catarina Cardoso CO-07-05; CO-37-03; IMI-01-034; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; IMI-03-100; IMI-03-111; PO-04-09; PO-05-18; PO-07-16; PO-07-77; PO-08-16; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46

Catarina Carvalho IMI-03-095; IMI-03-106; PO-05-44; PO-15-63

Catarina Castelo Branco CO-27-05

Catarina Costa PO-07-51; PO-10-51

Catarina Couto PO-16-73

Catarina Cruto CO-43-05; PO-06-69; PO-11-21; PO-11-63

Catarina de Almeida Rodrigues CO-13-05; PO-14-25

Catarina Dias PO-01-23

Catarina Duarte Santos IMI-01-042; IMI-02-074; IMI-02-076; PO-01-26; PO-02-33; PO-06-68; PO-07-60; PO-15-76; PO-16-53

Catarina Faria CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-088; IMI-03-073; IMI-03-102; PO-01-21; PO-07-04; PO-09-27; PO-15-28; PO-15-70

Catarina Favas CO-40-04; CO-40-06

Catarina Frias CO-21-03; PO-04-35; PO-08-19; PO-12-37; PO-13-28; PO-16-01

Catarina Geraldes CO-18-01

Catarina Gomes PO-04-48

Catarina Gouveia IMI-01-027; PO-01-15; PO-02-12; PO-03-34; PO-05-08; PO-10-06; PO-12-46; PO-14-63

Catarina Guerra CO-41-02

Catarina Lucas CO-15-05; IMI-01-067; PO-07-32; PO-13-41

Catarina Machada PO-10-15

Catarina Machado IMI-02-002; IMI-03-100; PO-07-09; PO-09-03; PO-11-78; PO-12-05

Catarina Madaleno CO-14-01

Catarina Mendonça CO-12-05; CO-19-02; IMI-02-017; PO-03-73; PO-05-14; PO-08-74; PO-10-77; PO-12-40

Catarina Mota CO-16-01; PO-07-36

Catarina Neto PO-03-26; PO-11-34; PO-16-05

Catarina Nóbrega CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-01-041; IMI-01-082; IMI-03-014; IMI-03-097; IMI-03-112; PO-03-39; PO-03-63; PO-09-62; PO-10-67; PO-11-37; PO-13-58; PO-14-20

Catarina Nunes PO-03-53; PO-06-15; PO-08-41; PO-14-68; PO-15-04

Catarina Oliveira IMI-01-015; PO-02-76; PO-03-21; PO-09-12

Catarina Parente PO-04-78; PO-09-48

Catarina Patrício PO-01-10; PO-01-11

Catarina Paulo CO-45-01; PO-02-59

Catarina Pereira PO-03-71; PO-05-76; PO-06-36; PO-08-18; PO-08-33

Catarina Pires CO-07-05; CO-10-04; CO-37-03; CO-48-05; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-03-69; PO-03-70; PO-04-09; PO-05-18; PO-07-16; PO-07-77; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46; PO-15-14

INDICE DE AUTORES

Catarina Rodrigues CO-32-02; IMI-01-105; PO-01-76; PO-02-23; PO-02-71; PO-07-72; PO-10-60; PO-13-19; PO-13-21
Catarina Ruivo IMI-03-033
Catarina Sá CO-11-05; PO-05-39
Catarina Salvado CO-23-03; PO-07-73; PO-08-60; PO-13-28; PO-13-29
Catarina Santos PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47
Catarina Silva IMI-02-057; IMI-03-093
Catarina Teixeira PO-03-10
Catarina Teles Neto PO-10-30
Catarina V. Oliveira CO-15-03
Catarina Valadão CO-38-02; IMI-02-036; PO-04-17; PO-08-34; PO-08-35
Catarina Vizinho de Oliveira PO-04-74
Catarina Vizinho Oliveira PO-02-72
Catarino Patrício PO-05-47
Caterina Almeida PO-05-34
Cátia Albino CO-17-02; PO-02-60; PO-04-01; PO-07-46; PO-08-37; PO-12-59; PO-16-57
Cátia Barreiros CO-02-07; CO-04-01; CO-04-04; CO-07-03; CO-07-04; CO-08-06; CO-09-03; CO-11-01; CO-11-06; CO-14-03; CO-19-01; CO-20-05; CO-24-07; CO-26-01; CO-28-04; CO-38-06; CO-40-01; CO-44-01; CO-44-03; IMI-02-027; PO-04-12; PO-06-19; PO-07-55 ;
Catia Cabral IMI-01-005; PO-05-56
Cátia Cabral IMI-01-006; PO-13-36
Cátia Canelas CO-36-02; CO-43-04; IMI-01-026; PO-13-01; PO-13-07; PO-14-30; PO-14-57
Cátia Carvalho PO-03-72; PO-03-77; PO-04-11; PO-14-45; PO-15-12; PO-16-11; PO-16-35
Cátia Correia Pereira PO-08-69
Cátia Costa PO-03-30
Cátia Cunha PO-13-04
Cátia Dias IMI-02-031; PO-13-04
Cátia Diogo IMI-01-049; IMI-03-035; PO-16-39
Cátia Felício PO-03-41
Cátia Gaspar CO-19-04
Cátia Pereira CO-06-06; CO-15-05; IMI-01-017; IMI-01-102; IMI-03-011; IMI-03-054; PO-05-01; PO-07-32; PO-10-02; PO-10-03
Cátia Piedade CO-41-05
Cátia Raquel Loureiro PO-05-11; PO-05-54
Cátia Santos IMI-03-057; IMI-03-058; IMI-03-073; PO-03-04; PO-05-69; PO-05-76; PO-06-36; PO-11-24; PO-15-70
Cecília Alvim PO-12-10
Cecília Melo Alvim PO-03-41
Cecilia Moreno PO-02-02; PO-10-05
Cecília Pardal CO-26-04
Celeste Alcobia PO-10-66
Celeste Bento CO-19-05
Celeste Guedes CO-46-03; PO-16-50
Célia Barca CO-47-01
Célia Henriques CO-01-05; CO-30-05; PO-05-15; PO-13-11; PO-13-12
Célia Machado CO-10-05; IMI-03-006; PO-09-49; PO-12-58
Célia Maia Cruz CO-09-02; PO-09-73
Celina Gonçalves IMI-02-047
Célio Fernandes PO-01-21; PO-03-44; PO-06-36; PO-08-18; PO-08-33; PO-09-35; PO-11-31; PO-15-28; PO-15-70
César Lourenço IMI-02-078; PO-03-05; PO-05-77; PO-08-84
Cesar Torre PO-16-08
César Vidal IMI-03-076; PO-11-09
Cesar Vieira PO-16-40
César Vieira IMI-03-115
Céu Rodrigues CO-19-05; IMI-03-066; PO-06-64; PO-08-46; PO-09-39; PO-11-47; PO-13-74; PO-14-05
Christine Canizes IMI-01-036
Clara Borges CO-21-01; CO-24-06
Clara Coelho IMI-01-012; PO-12-01
Clara Gomes PO-01-55; PO-09-29; PO-13-46; PO-16-41
Clara Paiva CO-04-05; CO-28-02; IMI-01-062; IMI-02-065; IMI-02-073; IMI-02-075; IMI-03-085; PO-01-29; PO-02-26; PO-03-05; PO-04-13; PO-04-26; PO-04-63; PO-04-72; PO-05-45; PO-05-60; PO-05-72; PO-05-77; PO-07-71; PO-07-74; PO-08-84; PO-09-69; PO-
Clara Rosa PO-06-60; PO-08-68; PO-09-53
Clara Santos PO-10-16
Clarinda Neves CO-48-04; IMI-02-050
Clarisse Neves IMI-02-018; PO-03-17; PO-04-06
Cláudia Afonso PO-04-57
Cláudia Coelho PO-14-68
Claudia Costa PO-12-01
Cláudia Costa IMI-01-012
Claudia Falé PO-16-60
Claudia Fernandes PO-04-73
Cláudia Fernandes PO-01-68
Cláudia Ferrão PO-06-29
Cláudia Franco PO-04-58
Claudia Janeiro PO-07-13; PO-10-23; PO-10-47
Cláudia Janeiro PO-02-13; PO-04-76; PO-14-74; PO-15-80
Claudia Jesus PO-13-37
Cláudia Jesus PO-02-44; PO-02-45; PO-05-35; PO-10-40
Cláudia Macedo IMI-03-069; PO-08-27; PO-08-28; PO-08-29
Claúdia Maio IMI-02-045
Cláudia Maio PO-16-50
Cláudia Maria Pereira IMI-03-045; PO-08-13; PO-08-14
Claúdia Martins CO-02-03; PO-01-33; PO-03-58; PO-06-40
Cláudia Martins CO-01-04; IMI-01-106; PO-01-18; PO-01-19
Cláudia Matta Coelho PO-15-04
Claudia Meireles PO-01-15; PO-02-12

Claúdia Meireles IMI-01-027; PO-03-34; PO-10-06; PO-12-46
Cláudia Meireles IMI-03-010; PO-05-08; PO-14-63
Claudia Mihon PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-16-61
Cláudia Mihon PO-09-46; PO-15-40; PO-15-49
Cláudia Neves CO-36-03; PO-02-50; PO-05-75; PO-15-01; PO-15-02
Cláudia Pedrosa PO-08-10
Cláudia Rocha PO-04-55; PO-08-64
Cláudia Rodrigues PO-04-13; PO-04-26; PO-07-71; PO-07-74; PO-10-07; PO-12-04; PO-15-72
Claudia Roseira CO-29-03
Claudia Rozeira IMI-02-048; PO-04-75
Cláudia Rozeira IMI-03-048; PO-08-61; PO-08-66; PO-12-55
Claudia Tátá PO-16-60
Cláudia Tatá PO-02-51; PO-07-26; PO-11-55
Cláudia Tátá PO-01-43; PO-01-72; PO-02-68; PO-13-73; PO-15-32
Cláudia Vicente CO-05-04
CláudiaMacedo PO-10-52
Cláudio Quintaneiro IMI-03-073
Claudiu Guz PO-01-43; PO-13-69
Cleide Barrigoto CO-13-05; CO-32-02; PO-01-76; PO-02-23; PO-07-72; PO-10-60; PO-14-31; PO-15-67
Cleopatra Goric PO-14-26
Conceição Barata PO-01-43; PO-01-72; PO-02-51; PO-02-68; PO-03-37; PO-04-23; PO-07-26; PO-11-25; PO-13-69; PO-13-73; PO-15-32; PO-16-60
Conceição Escarigo CO-13-01
Conceição Ferreira PO-05-65; PO-06-52
Conceição Loureiro CO-21-03; PO-04-35; PO-08-19; PO-12-37; PO-16-01
Conceição Margalha PO-10-76
Conceição Marques CO-12-03
Conceição Neves PO-01-61; PO-15-22; PO-16-63
Conceição Sousa Dias PO-06-45; PO-13-16
Concepción Tamayo IMI-02-067
Constança Dias CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Cora Loste CO-30-04
Corbillon Angeles PO-05-67; PO-16-16
Corina Lohman CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Costa Ana CO-39-03
Costa Ana Maria CO-43-03
Costa Cabral CO-08-01; PO-12-48
Costa E PO-12-69
Costa J PO-16-66
Costa Martins IMI-01-050
Cristiana Batouxas CO-20-06; IMI-03-054
Cristiana Canelas Mendes PO-11-03; PO-16-38
Cristiana Costa CO-23-02
Cristiana Fernandes IMI-01-069; IMI-03-003
Cristiana Gonçalves IMI-01-027; IMI-02-016; PO-01-15; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-12; PO-02-35; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-08; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46; PO-13-02; PO-14-63; PO-14-66
Cristiana Pinto PO-05-36; PO-05-37
Cristiana Sequeira PO-08-44
Cristiana Sousa IMI-01-049; IMI-03-035; PO-04-56; PO-16-39
Cristiano Cruz IMI-03-029; IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52; PO-14-07
Cristiano Cruz Silva IMI-01-051; IMI-02-103
Cristiano Silva Cruz IMI-01-034; IMI-02-002; IMI-03-100; PO-09-03; PO-12-18
Cristina A. Lopes PO-01-08
Cristina Amado PO-16-63
Cristina Andrade PO-01-19; PO-12-20
Cristina Ângela IMI-02-106; PO-08-41; PO-15-11
Cristina Cândido PO-04-07; PO-06-17
Cristina Carrera CO-27-06; PO-16-68; PO-16-70
Cristina Catarino PO-05-29
Cristina Costa CO-17-04; PO-01-62; PO-02-79; PO-10-44
Cristina Coxo PO-04-34
Cristina Duarte PO-03-48
Cristina Duque CO-44-06
Cristina Ferreira PO-09-68
Cristina Fraga PO-10-20
Cristina Gamboa PO-14-53
Cristina Goena IMI-01-002
Cristina Gonçalves PO-08-10
Cristina Granja PO-11-29
Cristina Ionel PO-13-58
Cristina Lameirão Gomes IMI-02-008; PO-01-37; PO-05-71; PO-08-01; PO-12-24; PO-13-34
Cristina Lopes IMI-03-086; PO-02-47; PO-02-62; PO-06-16; PO-13-33; PO-16-71
Cristina Marques CO-07-06; IMI-01-107; IMI-03-015; PO-03-18; PO-03-19; PO-03-20; PO-07-18
Cristina Martins IMI-01-060; IMI-01-118; PO-01-74; PO-12-63
Cristina Matos PO-15-60
Cristina Oliveira CO-45-01
Cristina Oubiña PO-05-34
Cristina Outerelo CO-04-06
Cristina Pinto PO-15-55
Cristina Ponte CO-03-06
Cristina Rodrigues IMI-01-011; IMI-02-022; IMI-03-093; PO-02-52; PO-06-69
Cristina Roque CO-11-06; CO-14-03
Cristina Rosado PO-11-64
Cristina Rosário IMI-02-092; PO-06-80; PO-11-21; PO-11-36; PO-16-19
Cristina Santos CO-24-01; IMI-01-117; IMI-03-116; PO-10-11; PO-14-37; PO-15-37
Cristina Sequeira CO-27-03; PO-08-67; PO-11-52; PO-14-53
Cristina Silva IMI-03-004

INDICE DE AUTORES

Cristina Soeiro IMI-02-047
Cristina Sousa CO-23-04; PO-04-42
Cristina Teixeira Pinto CO-42-04
Cristóvão Figueiredo PO-04-27
D´jalma Sousa PO-05-32
Dália Estevão PO-01-05
Dália Estêvão PO-01-40
Dalila Costa PO-10-32
Dalila Parente PO-10-68
Damásio Helena IMI-02-091; PO-02-11; PO-05-12; PO-07-68
Daniana Condado PO-03-72; PO-03-77; PO-04-11; PO-14-45; PO-15-12; PO-16-11; PO-16-35
Daniel Alves CO-13-04; PO-15-52
Daniel Andrade IMI-01-033
Daniel Botelho PO-08-20; PO-11-11; PO-12-68
Daniel Brandão PO-06-77
Daniel Caeiro PO-03-01; PO-05-02
Daniel Costa Gomes PO-03-46; PO-09-68
Daniel Coutinho IMI-03-031
Daniel Duarte PO-01-68; PO-04-73
Daniel Faria CO-08-04
Daniel Ferreira PO-03-35
Daniel Gomes PO-06-09
Daniel Marques CO-11-05; CO-17-05; PO-05-39
Daniel Matos CO-16-03; PO-14-61
Daniel Rei CO-13-04; PO-14-58; PO-15-52
Daniel Seabra CO-06-04; PO-14-47
Daniel Solano PO-09-02
Daniela Alves CO-49-05; PO-11-53; PO-14-08
Daniela Dias PO-15-14
Daniela Franco PO-02-02; PO-09-20; PO-10-05; PO-13-39
Daniela Lages PO-04-58
Daniela Linhares PO-04-18; PO-04-28; PO-06-25
Daniela Lopes PO-10-16
Daniela Maça PO-08-31
Daniela Marado IMI-01-055; IMI-01-075; IMI-03-068; PO-03-38; PO-12-63; PO-15-50
Daniela Marques Marto CO-23-03; PO-07-73; PO-08-60; PO-13-29
Daniela Martins Mendes CO-49-06; IMI-02-006; IMI-02-055; PO-02-77; PO-04-45; PO-06-42; PO-06-77; PO-15-07
Daniela Mendes IMI-01-093; IMI-02-005; IMI-03-031
Daniela Paiva CO-37-03
Daniela Peixoto CO-28-03; PO-06-35
Daniela Pereira Coelho CO-37-01
Daniela Rodrigues PO-02-28; PO-08-45; PO-10-69
Daniela Santos CO-47-01; PO-13-42
Daniela Soares Santos CO-37-01
Daniella Nunes CO-22-01; CO-35-02
Dário Batista CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Darlene Adolfo CO-27-03; IMI-01-077; PO-08-67; PO-11-52; PO-14-53; PO-15-60
Darlene Afonso PO-15-31
David Araújo IMI-01-016; IMI-02-062; IMI-03-074; PO-01-58; PO-08-82; PO-16-69
David Couto Mallón PO-07-58
David Donaire CO-11-05; CO-34-05; CO-42-02; PO-05-39; PO-08-81; PO-14-36; PO-16-56
David Ferreira CO-21-04
David Fiel IMI-03-004; PO-08-21
David Fortes PO-10-44
David Garcia IMI-01-019; IMI-01-069; IMI-01-074; IMI-02-013; IMI-03-003; IMI-03-052; PO-06-74; PO-10-55; PO-12-12; PO-15-68; PO-15-69
David Navarro PO-03-77
David Roque PO-03-13; PO-03-14; PO-03-27; PO-10-49; PO-14-17
Davide Moreira PO-03-23
Débora Sousa PO-11-50
Décio Pereira IMI-01-008; PO-03-39; PO-05-09
Delerue Francisca PO-06-46; PO-13-65
Denise da Cruz IMI-01-115; PO-12-30
Denise Pinto CO-27-04
Diana Abreu PO-03-36; PO-04-34; PO-10-54
Diana Cruz IMI-02-063
Diana Fernandes IMI-03-026; PO-01-61; PO-07-30; PO-11-19; PO-15-22
Diana Ferreira CO-05-03; CO-29-02; CO-29-04; CO-29-05; CO-42-02; IMI-01-014; IMI-01-109; IMI-02-111; IMI-02-112; IMI-03-087; PO-15-45; PO-16-43
Diana França CO-23-02
Diana Gonçalves CO-21-02; CO-35-03; IMI-01-118; IMI-02-064; IMI-03-068; PO-01-45; PO-03-38; PO-12-63
Diana Guerra CO-02-07; CO-04-01; CO-04-04; CO-07-03; CO-07-04; CO-08-06; CO-08-07; CO-09-03; CO-10-06; CO-11-01; CO-11-06; CO-14-03; CO-16-07; CO-17-06; CO-19-01; CO-20-03; CO-20-05; CO-23-06; CO-24-07; CO-26-01; CO-26-05; CO-27-02; CO-28-03; CO
Diana M Ferreira CO-45-02; IMI-02-110
Diana M. Ferreira CO-17-01; IMI-01-035; IMI-03-081; PO-09-41; PO-16-17
Diana Mota CO-33-03; PO-08-52
Diana Moura PO-03-44
Diana Oliveira CO-34-01; CO-42-02; IMI-01-092; IMI-02-095; PO-08-48
Diana Pedreira IMI-02-035; PO-04-30; PO-09-33; PO-10-10; PO-16-20
Diana Repolho CO-33-01; CO-33-02; PO-02-18; PO-02-19; PO-05-52; PO-07-59; PO-09-07; PO-10-13; PO-10-14; PO-10-17; PO-13-23; PO-15-74
Diana Sánchez CO-30-04
Dídia Lages IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-063; IMI-03-096; PO-01-05; PO-01-40; PO-06-63; PO-07-02; PO-15-08
Diego Carrasco CO-15-06; PO-01-10; PO-01-11; PO-02-03; PO-05-47; PO-09-04; PO-11-01; PO-11-04

Dilorom Alimova PO-08-22; PO-08-23; PO-09-37
Dilva Silva IMI-01-118; PO-03-38; PO-06-56
Dina Carvalho CO-36-02; CO-43-04; IMI-01-026
Dina Santos CO-46-01; IMI-01-021; IMI-01-081; IMI-01-100; IMI-02-087; PO-01-23; PO-05-63; PO-07-14; PO-10-25; PO-11-69; PO-11-70; PO-13-18; PO-13-20
Dinis Martins PO-16-18
Diogo Branquinho CO-15-05
Diogo Brás PO-14-10; PO-14-69
Diogo Conceição PO-08-56
Diogo Cruz PO-01-14; PO-02-08; PO-06-48; PO-08-31; PO-10-12
Diogo Martins CO-13-04; PO-07-72; PO-15-52
Diogo Mendes Pedro PO-04-55
Diogo Paixão Marques CO-38-04; IMI-03-036; PO-03-12; PO-07-39; PO-15-34
Diogo Rocha CO-25-01
Dionísio Faria Maia PO-02-25
D'jalma Sousa PO-15-03
Djenabu Cassama PO-02-17; PO-16-68; PO-16-70
Djenabu Cassamá PO-01-71
Dolores Gomes IMI-01-042; IMI-02-076; PO-01-26; PO-02-33; PO-02-56; PO-15-76; PO-16-53
Dolores López Presa CO-04-06
Dolores Vazquez IMI-01-107; IMI-03-015; PO-01-24; PO-04-32; PO-07-18; PO-07-49; PO-09-15
Dolores Vázquez PO-16-62
Domingas Mbala PO-05-02
Domingas Pereira PO-01-01; PO-02-66; PO-04-65; PO-10-04
Domingos Ramos PO-14-44
Domingos Sousa IMI-02-037; PO-02-49
Domitília Faria PO-13-71; PO-13-76; PO-15-44; PO-15-47
Dora Lameiras Xete PO-05-11; PO-05-54; PO-14-58
Dora Sargento CO-14-06; PO-15-56
Duarte Cacela CO-07-05
Duarte Noronha PO-11-10
Duarte Silva CO-02-07; CO-04-01; CO-04-04; CO-07-03; CO-07-04; CO-08-06; CO-09-03; CO-11-01; CO-11-06; CO-14-03; CO-19-01; CO-20-05; CO-24-07; CO-26-01; CO-26-05; CO-28-04; CO-38-06; CO-40-01; CO-44-01; CO-44-03; IMI-02-027; PO-04-12; PO-06-19 ;
Duarte Soares CO-26-02; IMI-01-090; IMI-03-026; IMI-03-064; PO-02-40; PO-02-41
Ducla Soares CO-22-05; CO-49-01; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-03-022; PO-06-05; PO-07-56
Dulce Brito PO-05-29
Dulce Neutel CO-45-05; PO-11-25; PO-11-38
Dulce Pinheiro IMI-02-061; IMI-03-027; PO-08-61; PO-08-66
Dulce Silva PO-06-50
Dulcídia Sá PO-12-42
Dúlio Passos CO-23-01
Dúlio Teixeira Passos PO-09-78; PO-16-59
E. Henriques PO-05-07; PO-07-07
Eder Fernandes CO-27-04
Edgar Pratas CO-28-05; IMI-02-112
Edgar Torre CO-44-03; PO-04-12
Edite Filipe PO-07-34
Edite M. Mendes PO-07-55
Edite Marques Mendes CO-11-06; CO-40-02; IMI-01-066; IMI-02-109; IMI-03-060; PO-01-03; PO-01-67; PO-02-64; PO-03-54; PO-04-64; PO-11-48; PO-11-67
Edite Mendes IMI-01-068
Edite Pereira PO-06-08; PO-06-55
Edmundo Dias PO-04-34
Eduarda Comenda PO-02-44; PO-02-45; PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Eduarda Pena PO-03-06
Eduarda Pontes PO-09-71; PO-09-72
Eduarda Resende PO-07-14
Eduarda Ruiz Pena PO-05-74; PO-13-47
Eduardo Barge Caballero PO-07-58
Eduardo Carvajal CO-27-06; PO-02-17; PO-16-68; PO-16-70
Eduardo Carvalho IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-063; IMI-03-096; PO-01-05; PO-07-02; PO-15-08
Eduardo Dantas PO-06-62
Eduardo Diaz PO-09-52
Eduardo Eiras CO-05-05; CO-22-06; CO-46-04; IMI-01-084; PO-01-04; PO-02-28; PO-02-59; PO-05-57; PO-07-69; PO-08-45; PO-13-44; PO-14-33
Eduardo Oliveira PO-06-44; PO-16-03
Eduardo Ribeiro PO-09-85
Eduardo Vilela PO-05-02
Elena Molinos CO-36-06
Elena Pirtac PO-09-20
Elena Rios IMI-02-037; PO-02-49
Élia Cipriano PO-07-69; PO-14-33
Eliana Araujo CO-03-04
Eliana Araújo IMI-03-090; PO-01-50; PO-06-10; PO-14-75
Elika Pinho PO-09-77; PO-11-33
Élio Rodrigues CO-18-06; PO-10-71; PO-14-52
Elisa Campos PO-11-32
Elisa Costa PO-11-22
Elisa Serradeiro CO-02-06
Elisa Tomé CO-20-06; IMI-02-029; PO-06-53; PO-15-13
Elisa Torres PO-07-08
Elisabete Bento Guerreiro IMI-02-052; PO-02-63; PO-04-80; PO-08-32; PO-09-47; PO-11-41; PO-12-36; PO-13-68
Elisabete Guerreiro PO-04-58; PO-04-61
Elisabete Margarido CO-36-03; PO-02-50; PO-05-75; PO-15-01; PO-15-02
Elisabete Pinelo IMI-03-011; IMI-03-054; PO-01-34; PO-02-48; PO-07-47; PO-11-07
Elisabete Sousa PO-07-53
Elizabete Pinelo IMI-02-023; IMI-03-053; PO-12-65

INDICE DE AUTORES

Eloísa Silva CO-22-02
Elsa Araujo IMI-01-104; IMI-03-098; PO-05-49
Elsa Araújo PO-01-48; PO-05-80; PO-06-31; PO-06-65; PO-08-89; PO-13-56
Elsa Campôa IMI-01-070; PO-06-67; PO-10-61; PO-16-34
Elsa Gaspar IMI-01-099; PO-01-42; PO-03-10; PO-06-18; PO-08-56
Elsa Gonçalves PO-06-54; PO-07-67; PO-09-65
Elsa Meireles PO-02-71; PO-03-62; PO-05-79; PO-06-50
Elsa Soáres PO-01-30; PO-15-77
Elsa Sousa PO-06-59
Elvis Arias IMI-03-078; PO-11-12; PO-11-22
Elvis Guevara IMI-03-049
Ema Nobre CO-14-01
Emanuel Correia PO-03-23
Emanuel Duarte PO-16-35
Emanuel Ferreira PO-07-32
Emanuel Filipe Araújo PO-06-08; PO-09-84
Emanuel Guerreiro PO-13-50
Emanuel Homem PO-04-56
Emília Cortesão PO-08-18; PO-08-33
Emília Ferreira PO-03-69; PO-03-70
Emília Guerreiro CO-24-07; CO-28-04; PO-08-05
Emília Leite PO-08-78
Emília Lopes IMI-02-018; IMI-03-122
Emília Louro CO-17-05
Emília Mesquita CO-38-05
Emília Santos PO-16-18
Emília Trigo PO-11-75
Emilia Velhinho PO-14-28
Emília Velhinho IMI-02-040; IMI-02-098; IMI-02-099; PO-04-49; PO-04-51; PO-08-26; PO-09-34; PO-11-46; PO-13-59; PO-13-60; PO-14-12; PO-15-24; PO-16-36
Enia Ornelas PO-14-35
Énia Ornelas CO-08-05; PO-05-58
Érica Vaz Ferreira CO-28-06
Erica Viegas CO-34-04; CO-41-04
Ermelindo Tavares PO-06-73; PO-14-59
Ernestina Mota PO-06-71; PO-11-42; PO-13-80
Escarigo Maria Conceição PO-06-46; PO-13-65
Escoto Vera CO-43-03
Esmeralda Lourenço IMI-03-072
Esperanza Montero IMI-02-001; IMI-02-067
Esteban Reynaga CO-22-01; CO-35-02
Estefânia Bustabad PO-01-57
Estefânia Turpin PO-01-76; PO-04-41; PO-07-72; PO-08-51; PO-14-29
Estela Ferrão PO-04-71; PO-06-61
Estela Nogueira PO-03-64; PO-03-67; PO-03-68
Ester Ferreira CO-17-03; PO-09-28; PO-09-29; PO-13-53
Ester Freitas PO-08-78
Estevão Lafuente CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Estevão Pape CO-13-01
Etel Florova IMI-01-097; PO-11-44; PO-11-77
Eufémia Calmeiro CO-49-05
Eugénia Cancela PO-09-58; PO-12-43
Eugénia Madureira CO-20-06; CO-26-02; CO-36-01; IMI-01-025; IMI-01-090; IMI-02-019; IMI-02-023; IMI-02-029; IMI-03-011; IMI-03-026; IMI-03-053; IMI-03-054; IMI-03-056; IMI-03-064; PO-01-34; PO-02-40; PO-02-41; PO-02-48; PO-05-26; PO-05-36; PO-05-37; PO
Eugénia Parreira IMI-02-011; IMI-03-009; PO-05-55; PO-11-07
Eugénio Dias PO-03-33; PO-06-62
Eulália Pereira PO-03-01; PO-03-02; PO-03-03
Eunice Patarata CO-26-03; PO-01-51
Eurico Oliveira IMI-03-118; PO-04-14; PO-08-07; PO-12-35; PO-13-75
Eva Brysch IMI-02-040; IMI-02-098; IMI-02-099; PO-04-49; PO-04-51; PO-08-26; PO-09-34; PO-11-46; PO-13-59; PO-13-60; PO-14-12; PO-14-28; PO-15-24; PO-16-36
Eva Claro IMI-01-038; PO-06-32; PO-07-05; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17; PO-16-71
F. Lacerda Nobre CO-15-03
F. Linhares PO-08-12
F. Menezes PO-05-21
Fábia Patinha IMI-01-001; PO-08-17; PO-12-07
Fabiana Pimentel IMI-01-094; PO-15-17; PO-16-29
Fabienne Gonçalves CO-09-02; CO-19-02; IMI-02-097; PO-02-73; PO-04-24; PO-04-48; PO-09-73
Fábio Almeida PO-14-52
Fábio Cota Medeiros PO-02-63; PO-04-57; PO-04-58; PO-04-61; PO-04-80
Fábio Murteira IMI-01-012
Fani Ribeiro IMI-01-098; IMI-02-050; IMI-02-094; PO-01-75; PO-11-60; PO-13-62; PO-16-24
Fátima Campante IMI-01-097; IMI-02-051; IMI-02-104; IMI-03-071; IMI-03-095; IMI-03-106; PO-04-16; PO-04-78; PO-05-44; PO-08-43; PO-09-48; PO-11-44; PO-11-68; PO-15-63; PO-11-77
Fátima Coelho IMI-02-101
Fátima da Cruz PO-04-15
Fátima Duarte PO-04-20; PO-04-21; PO-06-79; PO-11-56
Fátima Farinha CO-02-02; CO-03-05; CO-18-04; CO-43-02; CO-50-03; IMI-01-089; IMI-02-116; PO-02-42; PO-06-20
Fátima Ferreira CO-48-05
Fátima Franco CO-11-05; PO-05-39
Fátima Grenho CO-44-04; CO-45-03; CO-45-04
Fátima Lampreia IMI-01-105; PO-02-23; PO-14-31; PO-15-67
Fátima Leal Seabra CO-29-03; CO-29-06; IMI-03-044; PO-04-79; PO-13-25

Fátima Monteiro IMI-02-105

Fátima Pimenta CO-12-04; IMI-01-059; IMI-03-086; PO-01-08; PO-02-62; PO-06-44; PO-08-62; PO-08-76; PO-16-03; PO-16-71; PO-06-16

Fátima Seabra PO-12-55

Fátima Serejo PO-09-47; PO-12-36

Fátima Silva CO-21-02; PO-01-74; PO-04-19; PO-06-30; PO-06-56; PO-12-57

Fátima Sofia Silva CO-31-04; CO-45-01

Fátima Veiga PO-05-29

Fausto Moura PO-13-02

Fausto Pinto PO-05-29

Federica Parlato PO-10-49

Felipe de Miguel PO-09-02

Felipe Gamboa PO-02-54; PO-05-78; PO-08-57; PO-09-19; PO-10-42; PO-16-55; PO-16-64

Felisbela Gomes PO-07-51; PO-10-51

Félix O PO-12-69

Fernanda Almeida CO-19-02; PO-04-24

Fernanda Coutinho PO-01-08

Fernanda Duarte PO-14-23

Fernanda Estevinho PO-07-69

Fernanda Linhares CO-38-05; IMI-01-083; PO-01-31; PO-02-34; PO-05-66

Fernanda Louro CO-05-06; CO-19-06; PO-01-53; PO-02-61; PO-04-67; PO-05-34; PO-08-39; PO-13-64; PO-16-42

Fernanda Maçoas CO-27-03

Fernanda Martins PO-04-16

Fernanda Mendes PO-04-05; PO-07-45; PO-10-27; PO-11-30

Fernanda Paixão Duarte CO-05-02; CO-26-04; IMI-01-050; IMI-03-028; PO-01-41; PO-04-70; PO-08-70; PO-16-08

Fernanda Pinhal IMI-02-115; PO-03-09

Fernanda Varela CO-07-01

Fernando Aldomiro CO-05-02; IMI-01-050; IMI-02-118; IMI-03-092; PO-01-41; PO-03-27; PO-04-70; PO-06-76; PO-07-79; PO-08-70; PO-08-78; PO-09-54; PO-11-58; PO-14-16; PO-16-08; PO-16-46; PO-16-49

Fernando Borges PO-04-53

Fernando Correia CO-20-03; CO-50-04; IMI-03-121; PO-04-10; PO-12-27

Fernando Esculcas PO-03-75; PO-06-78; PO-07-23; PO-12-39

Fernando Ferraz e Sousa PO-14-52

Fernando Flora PO-01-66; PO-06-58

Fernando Fonseca PO-02-51

Fernando Freitas Gonçalves PO-06-72; PO-07-43; PO-09-81; PO-10-73; PO-11-73

Fernando Friões PO-09-29; PO-14-55

Fernando Gomes CO-19-01; PO-07-55

Fernando Gonçalves CO-14-02; PO-01-60; PO-01-63; PO-05-62; PO-08-80; PO-15-51

Fernando Guimarães CO-18-05; CO-41-03; IMI-01-045

Fernando Maltez PO-02-78; PO-12-18

Fernando Martos Gonçalves CO-33-01; CO-33-02; PO-02-18; PO-02-19; PO-02-32; PO-03-29; PO-04-02; PO-05-52; PO-07-44; PO-07-59; PO-09-07; PO-09-50; PO-10-13; PO-10-14; PO-10-17; PO-13-23; PO-15-74

Fernando Montenegro IMI-03-033

Fernando Melo PO-16-18

Fernando Palhim CO-47-01

Fernando Pinheiro PO-13-32

Fernando Pita PO-11-27

Fernando Próspero CO-31-01

Fernando Ribeiro PO-14-54

Fernando Rocha Correia CO-16-07; CO-23-06; IMI-03-041; PO-12-14; PO-16-72; PO-16-77; PO-16-78

Fernando Rodrigues CO-20-04; CO-49-02

Fernando Rosa PO-11-36

Fernando Salvador IMI-02-020; PO-02-30; PO-05-33; PO-07-15; PO-07-27; PO-09-42; PO-10-41

Fernando Scmitt PO-05-67

Fernando Silva CO-43-06; CO-44-06

Ferreira R PO-01-02

Figueiredo A IMI-02-033; PO-07-10

Filipa Aguiar IMI-03-066; PO-06-64; PO-08-46; PO-11-47; PO-13-74; PO-14-05

Filipa Alçada PO-03-44

Filipa Alves IMI-03-004

Filipa Amado IMI-02-038; PO-04-33; PO-06-37; PO-14-04; PO-15-16

Filipa Amorim PO-05-68; PO-06-13; PO-06-14; PO-15-03

Filipa Azevedo IMI-01-070; PO-06-61; PO-06-67; PO-10-61; PO-16-34

Filipa Barros IMI-03-088; IMI-03-089

Filipa Brás Monteiro CO-16-04; CO-24-05; CO-38-04; PO-12-06

Filipa Cabral Amado IMI-02-074; PO-02-33; PO-07-60; PO-10-63; PO-15-26; PO-15-76

Filipa Cardoso IMI-01-057; PO-09-46; PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-15-40; PO-15-49; PO-16-61

Filipa Carneiro PO-09-79

Filipa Carvalho CO-05-06; CO-12-06; PO-02-61

Filipa Ceia PO-04-27; PO-14-60

Filipa Coroado PO-16-09

Filipa Coroado Ferreira CO-48-04

Filipa de Azevedo IMI-01-003

Filipa Duarte PO-12-07

Filipa Duarte Ribeiro IMI-02-031

Filipa Falcão PO-02-27

Filipa Fernandes PO-15-58

Filipa Ferreira CO-22-03; CO-30-03; CO-42-03; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; IMI-01-029; IMI-03-104; PO-07-36; PO-08-09; PO-09-13; PO-09-40; PO-10-36; PO-10-46; PO-16-54

Filipa Gomes CO-12-06; IMI-03-119; PO-08-63; PO-15-35; PO-16-28

Filipa Leite Costa PO-16-63

Filipa Lourenço IMI-01-057; PO-09-46

INDICE DE AUTORES

Filipa Macedo IMI-01-028; IMI-02-090; PO-03-53; PO-06-15; PO-07-75; PO-09-39; PO-11-28; PO-14-68; PO-15-04
Filipa Marques CO-06-01; CO-06-02; CO-10-01; CO-10-03; PO-08-83; PO-08-85; PO-14-21; PO-14-22; PO-14-50
Filipa Martins PO-14-09
Filipa Melão IMI-01-017
Filipa Pedro IMI-01-117; IMI-03-116; PO-10-11; PO-14-37; PO-15-37
Filipa Pereira CO-17-03
Filipa Pinho IMI-01-028; PO-03-53; PO-06-15; PO-06-38; PO-11-28; PO-15-04
Filipa Prates CO-13-02; CO-28-01; PO-05-61; PO-10-22; PO-14-64; PO-15-29; PO-15-30
Filipa Quaresma PO-10-08; PO-11-65
Filipa Ramalho Fernandes PO-10-74
Filipa Rebelo IMI-01-079; PO-16-48
Filipa S Pinho IMI-02-090; PO-07-75; PO-09-39; PO-14-68
Filipa Silva CO-09-05; PO-06-08; PO-06-25
Filipa Simões Ferreira IMI-02-096
Filipa Sousa CO-48-04; IMI-01-098; IMI-02-050; IMI-02-094; IMI-03-094; PO-11-60; PO-13-62; PO-15-41; PO-16-24
Filipa Tavares PO-07-62
Filipe Breda IMI-03-032
Filipe Carvalho PO-04-67; PO-08-39; PO-16-42
Filipe Correia CO-36-06; CO-43-05; CO-45-01; PO-02-52; PO-11-21; PO-11-36; PO-12-57; PO-13-47
Filipe Damião PO-15-40; PO-15-49
Filipe Filipe IMI-01-009; IMI-01-038; IMI-01-112; IMI-01-114; IMI-02-089; PO-04-25; PO-06-32; PO-07-05; PO-07-56; PO-12-17; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17; PO-15-15; PO-16-27
Filipe Gaio Nery PO-08-58
Filipe Gonçalves CO-12-02
Filipe Gonzalez CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Filipe Martins PO-06-08; PO-06-45; PO-06-55
Filipe Perneta PO-03-63
Filipe Ramos CO-04-06
Filipe Taveira CO-39-06
Filipe Vilão PO-12-61
Filomena Mesquita PO-10-01; PO-14-70; PO-15-61
Firmina Sambayeta PO-01-49
Flávio Costa CO-05-03; CO-28-05; CO-29-02; CO-29-04; CO-29-05; IMI-01-014; IMI-02-112; IMI-03-107; PO-08-81; PO-15-21
Flávio Marino CO-35-06; IMI-02-044; PO-09-11
Flávio Pereira IMI-01-065; PO-13-39
Florisa Gonzalez PO-09-72
Fontes Lebre IMI-03-044
Francelino Ferreira IMI-02-051; IMI-02-104; PO-11-68; PO-14-73
Francine Mascarenhas PO-02-17
Francine Moraes CO-27-06; PO-16-68; PO-16-70
Francisca Abecasis CO-38-02; IMI-02-036; PO-04-17; PO-08-34; PO-08-35
Francisca Barros PO-03-66
Francisca Costa PO-12-40
Francisca Delerue CO-47-01; PO-02-65; PO-06-41; PO-07-37; PO-11-12; PO-13-26; PO-16-58
Francisca Frade PO-14-42
Francisca Godinho Oliveira CO-17-02; PO-08-37; PO-12-59; PO-16-57
Francisca Miranda CO-34-04; CO-41-04; IMI-01-101
Francisca Oliveira PO-02-60; PO-04-01; PO-07-46
Francisca Turienzo PO-16-16
Francisco Araújo CO-10-05; CO-29-01; IMI-02-060; IMI-03-006; PO-05-13; PO-09-49; PO-10-43; PO-12-58
Francisco Azevedo IMI-01-004; PO-02-38; PO-02-39; PO-03-56; PO-04-44; PO-07-22; PO-08-21; PO-09-66; PO-11-38; PO-14-06; PO-14-10; PO-14-69
Francisco Bastida IMI-01-004; PO-02-38; PO-02-39; PO-04-44; PO-07-22; PO-08-21; PO-11-38; PO-14-06; PO-14-69
Francisco Branco PO-10-43
Francisco Cunha PO-04-20; PO-09-29; PO-14-18
Francisco Das Neves Coelho IMI-03-095; IMI-03-106; PO-05-44; PO-15-63
Francisco de Brito PO-05-43
Francisco Esteves CO-31-01; IMI-01-056; PO-07-33; PO-13-01; PO-13-07; PO-14-57
Francisco Farrajota IMI-01-034
Francisco Ferreira da Silva PO-04-31; PO-05-28
Francisco Ferrer PO-03-59
Francisco Gonçalves IMI-01-028; IMI-02-090; PO-03-22; PO-03-32; PO-03-53; PO-06-15; PO-07-75; PO-09-39; PO-11-28; PO-14-68; PO-15-04
Francisco Guilherme Magalhaes PO-13-28
Francisco Guilherme Magalhães PO-12-51; PO-12-52
Francisco Madeira PO-14-23
Francisco Marques PO-16-37
Francisco Morgado CO-49-03; IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45; PO-15-31; PO-15-65
Francisco Parente IMI-01-036; PO-07-70; PO-12-28
Francisco Pereira Machado PO-03-25
Francisco Pestana Araújo PO-14-19
Francisco Rebocho IMI-01-004; PO-02-38; PO-02-39; PO-03-56; PO-04-44; PO-07-22; PO-08-21; PO-11-38; PO-14-06; PO-14-69
Francisco San Martin IMI-01-048; IMI-03-067; PO-09-32; PO-13-67; PO-15-79
Francisco Santos Cunha PO-08-69
Francisco Silva CO-16-03; CO-16-07; CO-24-02; CO-38-04; IMI-02-113; IMI-03-036; PO-03-08; PO-03-12; PO-04-53; PO-05-25; PO-07-39; PO-07-54; PO-12-06; PO-13-22; PO-14-32; PO-14-61; PO-15-34

Francisco Teixeira Silva CO-08-07; CO-10-06; IMI-01-053; IMI-02-046; PO-14-51
Francisco Torres PO-06-60; PO-08-68; PO-09-53
Francisco Varela CO-35-04
Franciso Silva CO-16-04; CO-24-05
Frederica Faria IMI-01-119; IMI-03-007; PO-01-14; PO-01-46; PO-01-80; PO-02-08; PO-06-48; PO-08-31; PO-09-10
Frederico Batista CO-30-05
Frederico Correia PO-02-51
Frederico Duarte IMI-02-022; PO-02-52; PO-04-19; PO-06-69
Frederico Filipe IMI-02-042
Frederico Santo PO-01-47
Frederico Trigueiros CO-14-01; IMI-02-102
Fredy Ramirez PO-02-78
Friederika Fluck CO-49-01; PO-09-10
Gabriel Atanásio PO-12-09; PO-15-55
Gabriela Correia PO-07-03
Gabriela Sousa CO-50-01
Galini Vieira PO-08-53; PO-08-55
Gaspar A PO-12-69
Geetha Girithari IMI-03-086; PO-02-62; PO-12-53; PO-12-54
Gerard Corominas CO-30-04
Gert Jan Van Der Heijden CO-02-05; PO-09-71; PO-09-72
Gianni Lucchetti CO-22-01; CO-30-04; CO-35-02
Gil Gomes Silva PO-06-21
Gilberto Marques CO-33-03
Gilberto Pires da Rosa CO-17-03
Gilberto Rosa PO-09-28
Gilberto Silva PO-09-85
Gilda Nunes PO-01-36; PO-02-43
Giovana Ennis PO-01-19; PO-12-20
Gisela Borges CO-17-04; PO-02-79; PO-04-55; PO-08-64
Gisela Costa Neves CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Gisela Lage PO-03-58; PO-06-40
Gisela Manuel PO-04-66
Gisela Vasconcelos PO-16-73
Gizela Manuel PO-01-49
Glória Alves IMI-01-103; IMI-02-010; IMI-02-018; PO-01-06; PO-03-17; PO-04-06; PO-09-14; PO-11-08
Gloria Nunes da Silva PO-04-36; PO-09-34; PO-13-59; PO-13-60; PO-14-28
Glória Nunes da Silva CO-14-06; IMI-02-040; IMI-02-098; PO-04-20; PO-04-21; PO-04-49; PO-08-26; PO-11-46; PO-15-24; PO-15-56; PO-16-36; IMI-02-099; PO-04-51; PO-14-12
Glória Nunes Silva PO-04-55
Glória Silva CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04; CO-13-06; CO-17-04; CO-27-01; CO-48-03; PO-01-70; PO-02-79; PO-06-79; PO-08-64; PO-09-75; PO-10-44; PO-10-72; PO-11-54; PO-11-56; PO-13-24; PO-13-30; PO-13-31; PO-13-79; PO-14-38; PO-14-48; PO-15-43; PO
Goizalde Solano PO-09-02
Gomes J PO-07-10
Gonçalo A Santos PO-03-56
Gonçalo Alcobia PO-09-66
Gonçalo Alexandrino IMI-03-013
Gonçalo Castelo Branco IMI-03-012; IMI-03-055; PO-02-46; PO-05-50; PO-07-23; PO-09-14; PO-12-23
Gonçalo Faro Silva PO-01-46
Gonçalo Ferrão PO-04-54; PO-09-55; PO-16-52; PO-16-76; PO-02-70; PO-12-64
Gonçalo Mendes IMI-01-023; PO-06-60; PO-08-68; PO-09-53; PO-10-01; PO-11-45; PO-15-61
Gonçalo Nunes PO-08-40
Gonçalo Rocha PO-14-02
Gonçalo Rodrigues PO-14-40
Gonçalo Salvado PO-09-80
Gonçalo Samouco CO-49-03; IMI-01-061; IMI-03-037; PO-07-40; PO-10-74; PO-15-31; PO-15-57; PO-15-58
Gonçalo Santos PO-04-44; PO-14-06
Gonçalo Sarmento CO-29-03; CO-29-06; CO-46-05; PO-04-79; PO-06-59; PO-13-25
Gonçalves D PO-07-10
Gonçalves J PO-16-66
Gonçalves M PO-12-69
Gonçalves Rita PO-02-11; PO-05-12
Gonzalo Barge Caballero PO-07-58
Gorete Jesus IMI-02-094; IMI-03-094; PO-11-60; PO-16-24
Graça Amaro PO-02-67; PO-06-73
Graça Dias IMI-01-008
Graça Farelo CO-46-04
Graça Martins CO-21-03; PO-04-35; PO-08-19; PO-12-37; PO-16-01
Grace Staring IMI-02-105; PO-01-68; PO-04-73
Gracieta Malangatana PO-03-06; PO-16-07
Guadalupe Benites CO-30-02
Guedes Pedro PO-02-11; PO-05-12
Guilherme Castro Gomes PO-08-03; PO-09-38
Guilherme Gomes PO-13-49
Guilherme Magalhães PO-15-05
Guilherme Rocha CO-24-04
Guilherme Santos PO-16-25
Guilherme Simões PO-02-13
Guiomar Peres PO-06-04; PO-14-65
Guiomar Pinheiro PO-01-25; PO-07-17; PO-10-24; PO-11-15; PO-12-21; PO-15-73
Gustavo Carvalho PO-06-04; PO-14-65
Gustavo Cordeiro CO-18-01; CO-43-06; CO-44-06
Gustavo Montanha CO-31-01
Gustavo Nobre de Jesus PO-16-38
Halyna Fishchuk PO-01-39; PO-06-61; PO-07-35; PO-13-76
Hedi Liberato IMI-03-028
Heidi Gruner PO-12-51; PO-12-52; PO-13-28; PO-15-05
Heidy Cabrera PO-07-40; PO-11-52; PO-15-58

INDICE DE AUTORES

Helder Leite CO-31-01; PO-07-33
Helena Águas PO-11-31
Helena Baldaia PO-13-46
Helena Cantante PO-02-44; PO-02-45; PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Helena Carrondo PO-05-76; PO-06-36
Helena Dias PO-05-46; PO-07-04
Helena Estrada CO-16-02; CO-36-03; PO-02-50; PO-05-75; PO-10-28; PO-15-01; PO-15-02
Helena Garcia PO-16-67
Helena Gonçalves IMI-01-079
Helena Lobo Martins IMI-03-018; IMI-03-019; IMI-03-020; IMI-03-021
Helena Luna Pais IMI-02-089; PO-07-56; PO-15-15
Helena Maia IMI-01-022; PO-02-71
Helena Martins PO-15-41; PO-16-09
Helena Maurício CO-36-02; PO-10-74; PO-13-01; PO-13-07; PO-14-30; PO-14-57; PO-15-13; PO-15-27
Helena Miguel Moreira PO-05-24; PO-10-29
Helena Monteiro Nunes CO-16-02
Helena Nascimento CO-08-03; PO-05-01
Helena Nunes PO-07-13
Helena Pacheco PO-13-29
Helena Santos Gonçalves CO-01-06; CO-02-06; CO-25-03; PO-01-37; PO-05-71; PO-07-19
Helena Sarmento CO-12-02; PO-01-57; PO-02-10; PO-02-46; PO-05-50; PO-09-76; PO-12-23; PO-16-15
Helena Souto PO-01-14
Helena Teixeira IMI-01-034; PO-07-51; PO-10-51
Helena Temido CO-11-05; IMI-01-033; PO-03-10; PO-05-39
Helena Victorino PO-02-44; PO-02-45
Helena Vieira Dias CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-073; IMI-01-088; IMI-01-096; PO-09-27
Helena Vilaça IMI-01-104; IMI-03-072; IMI-03-098; PO-01-48; PO-05-49; PO-08-89; PO-12-32
Helena Vilaçã PO-06-65
Helena Vitorino PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Hélia Mateus IMI-02-038; IMI-02-114; PO-02-56; PO-08-50; PO-16-32; PO-16-33
Hélio Martins IMI-03-122; PO-12-44; PO-16-14; PO-16-15
Heloisa Castro CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Heloisa Ribeiro PO-02-71
Heloísa Ribeiro CO-46-06; CO-47-04
Henrique Coelho PO-10-16
Henrique Guedes CO-06-04
Henrique Rita IMI-02-028; PO-08-49; PO-15-53
Herberto Bettencourt PO-06-39
Hernando Campos PO-04-36; PO-09-75; PO-13-24
Hilda Freitas PO-09-14
Hirondina Rocha IMI-01-013; IMI-01-078; PO-02-70; PO-02-74; PO-12-64; PO-14-42; PO-16-52; PO-16-76
Hugo Almeida PO-15-60
Hugo Antunes CO-08-01; CO-22-02; PO-09-58; PO-10-80; PO-12-13; PO-12-48
Hugo Brancal PO-04-04; PO-04-08
Hugo Casimiro PO-14-70
Hugo Clemente CO-37-01; CO-42-02; IMI-01-035; IMI-02-110; PO-16-17
Hugo Cravo PO-08-38
Hugo da Silva Antunes PO-14-30
Hugo Fernandes Diniz IMI-02-003; PO-14-55
Hugo Jorge Casimiro IMI-03-002; PO-15-75
Hugo M Oliveira CO-36-06; PO-07-50
Hugo Martins IMI-01-116
Hugo Morais PO-06-63
Hugo Silva IMI-03-007; PO-03-64; PO-03-67; PO-03-68
Hugo Viegas PO-06-60; PO-08-68; PO-09-53; PO-11-45
Humberto Costa PO-02-25; PO-10-20
Humberto Santos CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
I. Ornelas PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
Iala Costa PO-08-09; PO-15-25
Idoia Madariaga PO-09-02
Igor Miguel Nunes IMI-01-007; IMI-03-062
Igor Milet PO-13-01
Igor Millet CO-31-01
Igor Nunes PO-03-41; PO-12-10
Ilda Coelho IMI-01-005; IMI-01-006; PO-03-66; PO-08-03; PO-09-38; PO-13-49
Ilda Matos PO-02-48
Ilídio Brandão IMI-01-020; IMI-03-001; PO-02-15; PO-15-66
Ilídio Jesus PO-05-14
Inês Albuquerque PO-09-79
Inês Almeida CO-06-06
Inês Amaral Neves PO-04-32; PO-16-62
Inês Antunes IMI-03-120; PO-02-09; PO-07-57; PO-08-06; PO-08-08; PO-15-10
Inês Araújo CO-06-01; CO-06-02; CO-10-01; CO-10-03; PO-08-85; PO-14-21; PO-14-22; PO-14-50
Inês B. Mesquita PO-16-63
Inês Bargiela IMI-03-013; PO-03-48
Inês Barreto IMI-01-114; IMI-02-089; PO-12-17
Inês Burmester CO-33-06; PO-03-55; PO-05-22; PO-07-76
Inês Carrilho de Oliveira PO-05-11; PO-05-54; PO-14-58
Inês Carrilho Oliveira PO-02-09
Inês Castiço PO-10-76
Inês Chora CO-09-05; PO-04-15; PO-13-16
Inês Coelho IMI-01-059; IMI-03-065; PO-02-47; PO-06-16; PO-08-62; PO-08-76; PO-09-80; PO-13-33
Ines Coelho Santos PO-12-53; PO-12-54
Inês Coelho Santos IMI-03-086; PO-02-62
Inês Colaço PO-01-14; PO-02-08; PO-06-48; PO-08-31; PO-10-12
Inês Correia CO-15-02

Inês Costa CO-37-04; PO-09-77; PO-11-33
Inês Cruz CO-38-04; PO-13-22
Inês Esteves Cruz CO-16-03; PO-04-53; PO-14-61
Inês Felizardo Lopes CO-39-04; PO-13-70
Inês Ferraz de Oliveira CO-44-02
Inês Ferreira CO-45-04; CO-50-05; PO-01-69; PO-10-68; PO-13-77
Inês Figueiredo PO-12-52; PO-15-05
Inês Fonseca PO-01-57; PO-02-10
Inês Franco CO-25-04
Ines Furtado PO-01-63
Inês Furtado CO-09-02; CO-14-02; IMI-02-017; PO-01-25; PO-01-60; PO-06-72; PO-07-17; PO-08-74; PO-08-80; PO-09-73; PO-10-24; PO-10-73; PO-11-15; PO-11-73; PO-12-21; PO-15-51; PO-15-73
Inês Goulart IMI-01-009; IMI-02-052; PO-08-32; PO-11-41; PO-13-68
Inês Grilo IMI-02-020; PO-10-41
Inês Guerreiro PO-09-22
Inês Henriques PO-05-58
Inês Henriques Ferreira CO-02-01; CO-02-02; CO-14-04; CO-43-02; CO-50-03; IMI-03-101; PO-02-37; PO-05-64
Inês Leite IMI-02-096; PO-07-36
Inês Leonor Leitão CO-08-02
Inês Machado Leite IMI-02-102
Ines Maury PO-01-47
Inês Melo Martins PO-07-42
Inês Mesquita IMI-03-047; PO-06-37; PO-15-16; PO-16-33
Inês Mourato Nunes IMI-03-088; IMI-03-089; PO-02-20; PO-05-53
Inês Neto IMI-01-072; PO-10-38
Inês Neves IMI-02-056
Inês Nogueira Fonseca CO-22-05; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-03-022; PO-06-05
Inês Pereira IMI-03-113
Inês Pinho CO-35-04; PO-06-52
Inês Pintassilgo PO-08-40
Inês Pita CO-24-06; PO-16-45
Inês Rego Figueiredo PO-12-51
Inês Ribeiro PO-02-51; PO-07-26
Inês Ricardo PO-02-08; PO-05-29; PO-08-31; PO-10-12
Inês Rodrigues CO-07-01
Inês Rossio CO-40-05; PO-04-77
Inês Rueff Rato CO-49-06; IMI-02-006; PO-06-77; PO-15-07
Ines Sanchez CO-25-06
Ines Santos PO-10-23
Inês Santos CO-16-02; PO-02-13; PO-03-56; PO-04-44; PO-04-76; PO-05-59; PO-07-13; PO-09-66; PO-14-06; PO-14-10; PO-14-74; PO-15-80
Inês Silva PO-10-39
Inês Simões CO-32-02; PO-01-76; PO-10-60; PO-15-36
Inês Soares CO-38-05; IMI-01-083; PO-01-31; PO-02-34; PO-04-62; PO-05-66; PO-08-12; PO-09-83; PO-16-04
Inês Sousa PO-13-40
Inês Teles Grilo IMI-01-086; IMI-02-004; IMI-02-021; IMI-02-072; PO-03-52; PO-05-31; PO-05-33
Inês Vaz Pinto PO-04-77
Inês Vidal CO-44-06; IMI-01-067
Inês Zão PO-01-75; PO-11-60; PO-13-62; PO-14-54
Inês. Silva CO-49-01
Ingride Costa PO-06-42
Iñigo Mtnez de Lizarduy PO-09-02
Inna Kozyar CO-01-01; PO-04-31; PO-05-28
Iolanda Espírito Santo CO-35-06; IMI-02-044; PO-09-11
Iolanda Godinho PO-06-09
Iratxe Ocerin IMI-02-067
Irene Marques IMI-03-045; PO-08-10; PO-08-13; PO-08-14
Irene Miranda CO-04-04; CO-08-06; CO-24-07; CO-28-04; CO-40-01; CO-44-01; CO-44-03; PO-04-12; PO-06-19; PO-08-05; PO-11-16
Irene Verdasca CO-13-02; CO-28-01; CO-37-06; CO-45-04; PO-05-61; PO-10-22; PO-14-64; PO-15-29; PO-15-30; PO-15-42
Ireneia Lino PO-03-56; PO-09-66
Iryna Lazenko PO-01-52
Isa Agudo IMI-03-115; PO-16-40
Isa Silva PO-12-50; PO-15-72
Isabel A. Costa PO-02-16; PO-11-11
Isabel Abreu PO-04-15
Isabel Almeida CO-50-03; PO-06-30; PO-09-01; PO-14-47
Isabel Almeida e Rita Resende IMI-01-065
Isabel Amorim PO-02-27
Isabel Amorim Ferreira PO-03-28; PO-11-35; PO-13-51
Isabel Antunes PO-04-53
Isabel Apolinário PO-02-15
Isabel Baptista CO-32-06; PO-11-26
Isabel Barahona PO-03-31
Isabel Barros CO-07-06; IMI-01-030
Isabel Caballero PO-10-54
Isabel Camões CO-21-01; CO-24-06; PO-16-45
Isabel Campos PO-09-38
Isabel de La Cal PO-03-36; PO-04-34
Isabel Domingues PO-12-33
Isabel Eira IMI-02-106; PO-08-41; PO-15-11
Isabel Esperança PO-03-25
Isabel Ferreira CO-30-05
Isabel Furtado CO-09-02; IMI-02-097; PO-04-24; PO-04-48
Isabel Germano PO-01-76; PO-04-41
Isabel Luiz CO-06-05; CO-34-03; CO-39-04; PO-13-70; PO-16-31
Isabel Madruga PO-06-75; PO-14-72
Isabel Magalhães PO-16-67

INDICE DE AUTORES

Isabel Maldonado CO-05-01; CO-38-03
Isabel Martins CO-12-04
Isabel Mateus PO-10-71
Isabel Militão IMI-01-086; IMI-02-004; IMI-02-021; IMI-02-072; IMI-03-109; PO-03-52; PO-05-31; PO-05-33
Isabel Moreira CO-43-02
Isabel Neves CO-18-04
Isabel Ramôa PO-03-74; PO-09-57
Isabel Ramos CO-40-03; IMI-02-025; PO-02-29; PO-02-58
Isabel Rodrigues Neves PO-08-58
Isabel Santos PO-14-53
Isabel Serra PO-01-56; PO-03-49
Isabel Serrano PO-16-44
Isabel Silva IMI-01-016; IMI-01-019; IMI-01-069; IMI-01-074; IMI-02-013; IMI-02-062; IMI-03-003; IMI-03-024; IMI-03-052; IMI-03-074; IMI-03-099; PO-01-58; PO-02-73; PO-06-74; PO-08-82; PO-10-55; PO-12-12; PO-12-62; PO-15-68; PO-15-69; PO-16-69
Isabel Sofia Azevedo Pereira IMI-02-071
Isabel Soles PO-10-59; PO-11-43; PO-14-24; PO-16-12
Isabel Taveira CO-05-04
Isabel Trindade PO-07-64; PO-10-57
Isália Miguel PO-05-46
Isis Alonso PO-06-26
Ismael Carneiro PO-13-46
Iuri Correia PO-03-27
Iurie Pantazi CO-21-06; IMI-02-024; PO-10-45; PO-12-41; PO-13-45
Ivan Velez IMI-02-100; PO-04-54; PO-09-55
Ivo Cunha CO-22-06; PO-01-04; PO-02-28; PO-05-57; PO-06-80
Ivone Barracha IMI-01-094; IMI-03-120; PO-04-73; PO-05-32; PO-05-68; PO-06-13; PO-06-14; PO-07-57; PO-08-06; PO-08-08; PO-15-03; PO-15-17; PO-16-29
Ivone Barracha e Rosa Amorim PO-15-10
Ivone Meirinho PO-12-38; PO-01-55
J. C. Fernandes PO-05-21
J. L. Ducla Soares IMI-02-052; PO-01-14; PO-02-08; PO-06-48; PO-08-31; PO-10-12
J. Meneses Santos PO-08-53; PO-08-55; PO-16-38
Jacint Altimiras CO-35-02
Jacobo Bacaniza CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Jácome Armas PO-05-05
Jana Zelinova PO-02-72; PO-04-74
Jana Zelinová PO-06-04; PO-14-65
Jandir Patrocínio CO-19-06; PO-01-56; PO-01-66; PO-03-49; PO-04-67; PO-06-58; PO-08-39; PO-13-64; PO-16-42
Janine Resende CO-25-04
Javier Diez CO-30-04
Javier Díez de Los Ríos CO-22-01
Javier Valdés PO-16-16
Jean Michel PO-11-13; PO-11-14
Jeanette Silva PO-07-37
Jemima Patrocínio PO-01-56; PO-01-66; PO-08-78
Jemima Sala PO-03-27
Jemima Sala Patrocínio PO-06-58
Jerry Simões IMI-03-040; PO-09-52
Jessenia Mata IMI-01-013
Joana A. Duarte CO-01-05; CO-30-05; PO-05-15
Joana Abreu PO-06-52
Joana Alfaiate PO-05-76
Joana Alfarelos PO-11-64
Joana Alves CO-17-06; CO-40-02; CO-42-05; IMI-01-037; IMI-01-068; IMI-02-034; IMI-02-041; IMI-03-039; PO-08-15; PO-08-54; PO-10-79; PO-13-78; PO-14-34
Joana Alves Vaz IMI-01-039; PO-03-08; PO-05-25; PO-07-54; PO-10-34; PO-12-22; PO-14-32
Joana Andrade CO-01-04; IMI-01-106
Joana Barros CO-09-04; CO-46-03
Joana Batista PO-04-40
Joana Braga IMI-01-058; IMI-03-065; PO-01-59; PO-09-80; PO-10-70
Joana Cabeleira IMI-02-100; PO-08-25
Joana Caetano CO-08-04; CO-47-06; PO-01-56; PO-08-36; PO-13-11; PO-13-12
Joana Calvão CO-36-02; IMI-01-026; PO-06-43; PO-06-47
Joana Cancela PO-06-57
Joana Capelo PO-07-06; PO-12-19; PO-13-36
Joana Cardoso CO-07-02; IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-096; PO-01-40; PO-10-37
Joana Carneiro CO-05-01; CO-38-03; IMI-03-067; PO-04-50; PO-08-89; PO-09-32; PO-10-18; PO-15-38
Joana Carreira PO-14-70
Joana Carreiro CO-30-02; IMI-02-053; PO-01-54; PO-02-80; PO-08-71
Joana Carvão CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-01-041; IMI-01-082; IMI-03-014; IMI-03-097; IMI-03-112; PO-03-63; PO-09-62; PO-10-67; PO-11-37; PO-13-58; PO-14-20
Joana Cascais Costa CO-06-06; CO-15-05; PO-05-27; PO-07-32
Joana Cochicho CO-17-05
Joana Cordeiro e Cunha PO-07-64; PO-10-57
Joana Correia PO-07-06; PO-12-19
Joana Costa CO-31-03; IMI-01-067; PO-02-75; PO-13-41
Joana Costa Simões PO-08-51
Joana Cunha CO-21-05
Joana Cunha Carvalho PO-12-61
Joana de Castro Rocha CO-14-02; PO-01-60; PO-01-63; PO-06-72; PO-07-43; PO-08-80; PO-09-81; PO-10-73; PO-11-73; PO-15-51
Joana de Paiva Simões CO-14-01
Joana Decq Mota PO-06-75

Joana Dias PO-03-64; PO-15-56
Joana Dinis PO-03-46; PO-06-09; PO-09-68; PO-10-27
Joana Diogo PO-03-72; PO-03-77; PO-04-11; PO-14-45; PO-15-12; PO-16-11; PO-16-35
Joana Duarte PO-13-11; PO-13-12
Joana Espírito Santo PO-16-67
Joana Felgueiras PO-06-17
Joana Fernandes PO-10-65; PO-12-25
Joana Ferrão CO-15-06; PO-01-10; PO-01-11; PO-02-03; PO-05-47; PO-09-04; PO-11-01; PO-11-04
Joana Ferreira IMI-03-055; PO-03-75; PO-06-78; PO-07-08; PO-11-59; PO-11-62; PO-12-39; PO-16-15
Joana Freitas CO-17-03; PO-01-55; PO-12-38; PO-16-41
Joana Frutuoso PO-01-09; PO-15-79
Joana Goulão PO-11-12
Joana Graça CO-22-03; CO-42-03; CO-48-06; IMI-03-104; PO-10-46; PO-16-54
Joana Laranjinha PO-15-07
Joana Lemos PO-09-12
Joana Lima IMI-03-008; PO-01-13; PO-03-61; PO-05-51
Joana Lobato CO-33-04; CO-37-05
Joana Lopes PO-10-15
Joana Louro CO-05-01; CO-38-03; PO-15-38
Joana Malheiro PO-12-01
Joana Manuel CO-39-02; PO-16-02
Joana Mariz PO-02-44; PO-02-45; PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Joana Marques PO-04-14; PO-08-07; PO-14-16
Joana Marques Martins CO-24-01
Joana Martins CO-36-01; IMI-01-025; IMI-01-090; IMI-02-019; IMI-03-056; IMI-03-064; PO-01-34; PO-01-44; PO-02-40; PO-02-41; PO-05-26; PO-06-34; PO-10-71; PO-10-74; PO-11-19; PO-11-20
Joana Mauricio IMI-03-075; PO-09-60; PO-14-35
Joana Maurício CO-08-05; PO-11-61
Joana Milho IMI-02-057
Joana Monteiro IMI-02-115; PO-03-09; PO-05-70
Joana Monteiro Dias PO-03-67; PO-03-68
Joana Neves IMI-03-090
Joana Oliveira CO-33-01; CO-33-02; PO-02-18; PO-02-19; PO-02-32; PO-05-52; PO-05-62; PO-07-44; PO-07-59; PO-09-07; PO-10-13; PO-10-14; PO-10-17; PO-13-23; PO-15-74
Joana Oliveira Ferreira PO-12-25
Joana Paixão PO-06-56
Joana Parra CO-43-06
Joana Pereira PO-03-60; PO-06-06; PO-06-08; PO-07-41
Joana Pimenta PO-09-22
Joana Pires CO-03-04; PO-01-50; PO-06-10
Joana Póvoa IMI-01-097; IMI-03-071; PO-11-44; PO-11-77
Joana Raquel Monteiro IMI-02-115; PO-03-09
Joana Rato CO-37-01
Joana Rego Silva CO-24-01
Joana Ribeiro CO-06-06; PO-01-74; PO-05-27
Joana Ricardo Pires CO-48-04; IMI-02-054; PO-05-40; PO-09-85
Joana Rigor IMI-02-006; PO-04-45; PO-06-42; PO-06-77; PO-15-07
Joana Rigueira PO-07-11; PO-10-26
Joana Rodrigues CO-06-05; CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04; CO-13-06; CO-14-03; CO-27-01; CO-48-03; IMI-01-085; PO-01-70; PO-04-05; PO-07-45; PO-08-87; PO-10-27; PO-10-72; PO-11-30; PO-11-54; PO-13-30; PO-13-31; PO-13-79; PO-14-38; PO-14-48; PO-15-43 ;
Joana Rodrigues Dos Santos CO-04-06; PO-09-36
Joana Rosa Martins IMI-01-009; IMI-01-112; IMI-01-114; IMI-02-089; PO-04-25; PO-07-56; PO-12-17; PO-15-15; PO-16-27
Joana Saiote IMI-01-101
Joana Sant´anna IMI-01-004; PO-02-38; PO-02-39; PO-04-44; PO-07-22; PO-08-21; PO-11-38; PO-14-06; PO-14-69
Joana Santos IMI-03-004; PO-02-51; PO-03-37; PO-04-23; PO-07-26; PO-08-22; PO-08-23; PO-09-37; PO-11-25; PO-13-69; PO-13-73; PO-15-11; PO-15-32; PO-16-60
Joana Sequeira IMI-01-048; IMI-03-067; PO-09-32; PO-13-67
Joana Serôdio CO-50-02; IMI-01-104; IMI-02-026; IMI-03-098; PO-01-48; PO-04-50; PO-05-49; PO-05-80; PO-06-31; PO-06-65; PO-08-89; PO-12-32; PO-13-56
Joana Silva CO-11-06
Joana Silva Marques IMI-03-118; PO-12-35; PO-13-75
Joana Silvestre CO-13-04; PO-15-52
Joana Simões CO-17-03; PO-01-76; PO-02-79; PO-03-13; PO-05-57; PO-09-84; PO-14-29; PO-15-36
Joana Sotto Mayor CO-25-01; CO-33-06; PO-01-07; PO-06-02; PO-07-66; PO-10-32; PO-12-56; PO-13-38; PO-13-52
Joana Story CO-50-06
Joana Tavares CO-04-06
Joana Torre CO-38-03; IMI-01-048; IMI-03-067; PO-09-32; PO-13-67; PO-15-79
Joana Urzal PO-03-27
Joana Vedes CO-01-02; IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45
João Abecasis IMI-01-039
João Abreu CO-07-01; PO-05-38; PO-08-11
João Adriano Sousa CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-01-041; IMI-01-082; IMI-03-014; IMI-03-097; IMI-03-112; PO-05-09; PO-09-62; PO-11-10; PO-11-37; PO-13-58; PO-14-20
João Agostinho PO-05-29
João Alexandre PO-04-14; PO-08-07
João Alexandre Tavares IMI-02-083; IMI-03-023; PO-09-23; PO-10-48
João Almeida PO-05-02
João Ananias Gonçalves CO-19-07; PO-11-57

INDICE DE AUTORES

João Andrade CO-16-07; CO-20-03; CO-23-06; IMI-03-041; IMI-03-121; PO-04-10; PO-12-27; PO-16-72; PO-16-77; PO-16-78

João Aranha PO-02-57; PO-14-59

João Araujo Correia PO-04-24

João Araújo Correia CO-02-01; CO-02-02; CO-03-05; CO-14-02; CO-14-04; CO-18-02; CO-18-04; CO-19-02; CO-27-05; CO-43-02; CO-50-03; IMI-01-076; IMI-01-089; IMI-01-108; IMI-02-116; IMI-03-045; PO-01-60; PO-01-63; PO-02-42; PO-03-73; PO-05-64; PO-06-20; PO-

João Augusto Bicho PO-14-17

João Azeredo PO-02-69; PO-08-87

João Azeredo Costa CO-06-05; IMI-03-079; PO-02-21; PO-04-38; PO-04-39; PO-15-18; PO-15-19; PO-16-31

João Azevedo CO-06-04

João Barata CO-45-05; PO-01-43; PO-01-72; PO-02-51; PO-07-26; PO-11-55; PO-16-60

João Bicho Augusto PO-03-27; PO-12-49

João Bicudo Melo PO-10-07; PO-12-50; PO-15-72

João Carlos Alexandre IMI-03-118; PO-12-35; PO-13-75

João Carlos Furtado CO-38-01; IMI-03-034

João Carlos Silva IMI-02-013; PO-10-55; PO-12-12

João Carvalho IMI-01-034; PO-03-33; PO-06-62

João Carvão PO-14-09

João Coimbra PO-09-56

João Correia CO-01-02; CO-27-03; CO-47-01; CO-49-04; IMI-01-061; IMI-02-017; IMI-02-024; IMI-02-097; IMI-03-037; PO-01-25; PO-01-69; PO-02-73; PO-04-48; PO-07-40; PO-08-67; PO-10-24; PO-10-45; PO-11-15; PO-11-52; PO-12-21; PO-12-66; PO-13-26; PO-

João Correia Pinto PO-13-50

Joao Correia CO-49-03; PO-15-31

João Cortez CO-37-03

João Costa Lopes IMI-01-013; PO-15-39

João Costelha IMI-01-104; IMI-02-084; IMI-03-098; PO-01-48; PO-05-49; PO-05-80; PO-06-31; PO-06-65; PO-10-18; PO-13-56

João Coutinho PO-03-41

João Cunha PO-04-40; PO-15-42

João Daniel Melo CO-14-05; PO-07-38

João Delgado PO-06-75

João Dias PO-07-53

João Domingos CO-47-01

João Estevens PO-03-40

João Ferreira IMI-02-111

João Figueira Coelho PO-03-50

João Filipe Gomes IMI-01-109; PO-09-41; PO-15-21

João Filipe Rosinhas PO-11-21

João Fonseca CO-05-03; CO-17-01; CO-28-05; CO-29-02; CO-29-04; CO-29-05; CO-42-02; CO-45-02; IMI-01-014; IMI-01-033; IMI-01-035; IMI-01-109; IMI-02-111; IMI-02-112; IMI-03-081; IMI-03-087; IMI-03-107; PO-09-41; PO-13-14; PO-15-45; PO-16-43

João Frade CO-34-01

João Frazão PO-03-51

João Freitas CO-28-05; IMI-02-087; PO-05-63; PO-10-25; PO-11-70

João Furtado CO-16-06

João Galaz Tavares PO-08-86

João Galvão PO-14-27

João Gamito Lopes PO-11-39

João Gomes CO-42-02

João Gonçalo Frade CO-20-04; CO-49-02

João Gonçalves CO-14-02; CO-27-05; PO-01-60; PO-01-63; PO-06-56; PO-06-72; PO-07-43; PO-08-80; PO-09-81; PO-10-73; PO-11-73; PO-15-51

João José Vieira PO-01-46

João Lopes Delgado PO-14-72

João Louro IMI-01-115; PO-12-30; PO-15-23

João Madeira Lopes PO-16-38

João Maia CO-14-04; PO-01-69; PO-05-64

João Martins PO-13-47

João Massano CO-03-02; PO-06-57; PO-11-63

João Matos Costa CO-30-01; IMI-03-077; PO-07-12

João Melo IMI-03-068

João Melo Alves IMI-01-091; PO-03-35

João Meneses Santos CO-14-01; CO-23-01; CO-23-02; PO-09-78; PO-11-03; PO-15-20; PO-16-59

João Menezes PO-09-16

João Menezes Santos CO-03-06; PO-11-02

João Mesquita Rosinhas IMI-02-092; PO-04-29; PO-06-33; PO-16-19

João Miguel Freitas IMI-01-021; PO-01-23; PO-07-14

João Morais PO-14-04

João Moreira Pinto PO-01-15; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-12; PO-02-53; PO-14-63

João Mota IMI-01-001; PO-05-65

João Mourato Torres CO-24-02

João Namora CO-20-01; CO-42-07; IMI-03-080; PO-05-03

João Neves CO-27-05; PO-01-60; PO-06-72; PO-08-80; PO-11-73

João Nuno Oliveira IMI-01-076; IMI-02-116; PO-09-59

João Oliveira CO-33-05; PO-01-10; PO-01-11

João Olivério Ribeiro PO-04-14; PO-08-07

João Pais PO-02-51; PO-07-26; PO-11-25; PO-14-56

João Patrício Freitas IMI-01-082; IMI-03-014; PO-09-62; PO-14-20

João Paulo Correia IMI-01-081; IMI-01-113; IMI-03-030; PO-13-27

João Pedro Abreu PO-07-67; PO-09-65

João Pedro Freitas PO-08-72

João Pedro Gomes CO-17-01; CO-34-05; CO-45-02; IMI-01-014; IMI-02-007; IMI-02-111; IMI-03-081; PO-08-81; PO-09-41; PO-15-45
João Pedro Peres PO-11-61
João Pereira PO-02-16
João Pinho IMI-03-072
João Pinto IMI-01-027; IMI-03-010; PO-02-35; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-08; PO-06-03; PO-06-39; PO-10-06; PO-12-46; PO-14-66
João Pinto Machado IMI-03-118; PO-04-14; PO-08-07; PO-12-35; PO-13-75
João Porto CO-20-02; IMI-01-109; IMI-02-025; PO-02-58; PO-13-05; PO-16-43
João Preto PO-06-53
João Primo PO-05-02
João Quarenta CO-38-02
João Reis PO-02-51
João Ribeirinho Soares CO-03-05; IMI-01-089; PO-02-42; PO-06-20
João Ribeiro IMI-03-118; PO-12-35; PO-13-75
João Rosa PO-04-13; PO-10-07
João Rosinhas CO-32-04; PO-08-45; PO-11-36; PO-16-07
João Rua CO-06-06; CO-21-02; CO-35-03; IMI-01-060; IMI-01-075; IMI-01-118; IMI-02-064; PO-01-45; PO-01-74; PO-05-27
João Sá CO-04-03; CO-09-06; CO-41-05; IMI-03-082; PO-03-25; PO-08-73; PO-08-86; PO-09-30; PO-11-50; PO-14-13; PO-14-14; PO-14-15
João Santo PO-05-23
João Santos IMI-03-057; IMI-03-058; IMI-03-102; PO-03-04; PO-03-44; PO-05-69; PO-11-24
João Sargento Freitas CO-43-06; CO-44-06
João Seabra Barreira IMI-02-040; IMI-02-098; IMI-02-099; PO-04-36; PO-04-49; PO-04-51; PO-08-26; PO-09-34; PO-11-46; PO-13-59; PO-13-60; PO-14-12; PO-14-28; PO-15-24; PO-16-36
João Serôdio CO-40-04; CO-40-06
João Sousa PO-03-63; PO-10-67
João Tavares IMI-01-023; PO-08-73; PO-10-01; PO-11-50; PO-15-61
João Teles Carvalho PO-11-64
João Teles Sousa PO-06-75
João Tiago Serra CO-05-02; PO-08-70
João Valente CO-25-04; CO-31-02; IMI-02-006; PO-13-13; PO-13-15
João Vasco Barreira CO-15-06; PO-02-03; PO-05-47; PO-09-04; PO-11-01; PO-11-04
Joãotrindade Nave PO-04-43
Joaquim Gouveia CO-01-01
Joaquim Peixoto IMI-01-097; IMI-03-071; PO-11-44; PO-11-77
Joaquim Pinheiro PO-05-02
Joaquina Dominguez PO-02-17
Joel Monteiro PO-05-09
Joel Pinto PO-01-50; PO-01-78; PO-05-40; PO-08-88; PO-09-85; PO-12-42; PO-12-67; PO-16-47
Johana Jesus PO-01-76
Johana Martins Jesus CO-13-05; IMI-01-105; PO-07-72; PO-08-51; PO-14-25; PO-14-31; PO-15-67
Jorcélio Vicente IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45
Jorge Almeida PO-14-02
Jorge Atouguia PO-04-31
Jorge Cameselle PO-05-67; PO-16-16
Jorge Castro PO-03-27; PO-16-51
Jorge Correia IMI-01-015; PO-02-76; PO-09-12
Jorge Cotter CO-12-02; IMI-01-032; IMI-01-103; IMI-02-018; IMI-03-012; IMI-03-055; IMI-03-122; PO-01-06; PO-01-57; PO-02-10; PO-02-46; PO-03-17; PO-03-47; PO-03-75; PO-04-06; PO-05-04; PO-05-50; PO-06-78; PO-07-08; PO-07-23; PO-08-02; PO-09-14; P
Jorge Coutinho CO-18-02
Jorge Ferreira IMI-03-051; PO-05-06
Jorge Fortuna IMI-01-055; PO-06-56; PO-12-63
Jorge Fortunato CO-33-04; CO-37-05
Jorge Henriques CO-03-04; IMI-02-054; PO-06-10; PO-09-85; PO-12-67
Jorge Leitão PO-10-66; PO-12-33
Jorge Lourenço IMI-01-055; IMI-01-075; PO-12-63; PO-15-50
Jorge Manuel de Castro PO-08-44; PO-16-44
Jorge Martins PO-06-39; PO-13-47
Jorge Mendes IMI-02-093; PO-08-29; PO-14-36; PO-16-21; PO-16-56
Jorge Nepomuceno PO-02-47; PO-06-16; PO-13-33
Jorge Pimentel PO-11-75; PO-13-14
Jorge Pires PO-01-79
Jorge Poço PO-02-48
Jorge Prazeres PO-04-05; PO-07-45; PO-10-27; PO-11-30
Jorge Ruivo IMI-01-111
Jorge Salomão CO-46-03; IMI-02-077; PO-07-30
José A. Malhado PO-12-37
José Abílio Vilas Boas Ribeiro PO-01-27; PO-05-17
José Aguiar PO-14-56
José Águila PO-02-17
José António Lopes IMI-03-007; PO-03-46; PO-03-64; PO-03-67; PO-03-68
José António Malhado CO-23-03; IMI-03-115; PO-07-73; PO-08-60; PO-16-40
José Arantes CO-19-05
José Araujo PO-05-23
José Araújo PO-03-16; PO-06-01
José Artur Paiva PO-06-45
José Barata IMI-01-115; IMI-02-057; PO-01-36; PO-01-65; PO-02-43; PO-06-22; PO-06-70; PO-12-30; PO-12-45; PO-15-23; PO-16-13
José Barroca PO-06-60
José Bernardes Correia CO-28-05; IMI-03-107; PO-15-21
José Brizuela CO-26-02; IMI-01-090; IMI-03-026; IMI-03-064
José Carda PO-08-48; PO-08-52

INDICE DE AUTORES

José Carvalho CO-17-06; IMI-01-037
José Coelho CO-44-06
José Correia Bernardes PO-08-81
José Cortéz PO-02-17
José Costa PO-14-02
José Costa Carvalho IMI-02-041; IMI-02-058
Jose Del Aguila CO-27-06
José Delgado Alves PO-03-28; PO-11-35; PO-13-51
José Diogo CO-41-02
José Ducla Soares IMI-01-009; IMI-01-112; IMI-01-114; IMI-02-089; PO-04-25; PO-12-17; PO-15-15; PO-16-27
José Eduardo Guimarães IMI-01-110; PO-10-50
José Eduardo Mateus CO-29-02; CO-29-04; CO-29-05; IMI-01-109; IMI-03-087; PO-09-41; PO-15-45; PO-16-43
José Eduardo Pina Cabral CO-15-05
José Ferreira PO-02-49
José Filipe Guia IMI-01-071; PO-08-42; PO-09-13; PO-15-42
José Fonseca PO-03-58; PO-06-40; PO-15-78
José Fragata CO-07-01; PO-05-38
José Francisco Júnior IMI-01-027; PO-03-34; PO-10-06; PO-12-46
José Graça CO-10-05; IMI-03-006; PO-09-49; PO-12-58
José Guerra PO-11-41
José Guimarães CO-21-05; IMI-01-056; PO-01-79; PO-08-75
José Jácome CO-21-03; PO-04-35; PO-08-19; PO-12-37; PO-16-01
José Júlio Nóbrega PO-01-46
José Leite PO-01-21; PO-15-70
José Lourenço e José Barata PO-09-52
José Luís Alves CO-37-01
José Luis Ducla Soares PO-02-60; PO-04-01; PO-07-46
José Luís Ducla Soares PO-08-32; PO-09-10; PO-11-41; PO-13-68
José Maia de Sousa PO-06-61
José Malhado CO-21-03; PO-03-72; PO-03-77; PO-04-11; PO-04-35; PO-04-46; PO-08-19; PO-14-45; PO-15-12; PO-16-01; PO-16-11; PO-16-25; PO-16-35
José Manuel Araújo IMI-03-072
José Marçalo PO-05-10; PO-11-18
José Mário Roriz PO-11-57
José Maximino PO-06-69
José Mesquita Bastos PO-05-40; PO-14-54
José Miguel Lopes CO-42-05
José Miguel Maia PO-08-58; PO-10-58; PO-10-75; PO-14-03
José Moura IMI-02-093; PO-14-36; PO-16-21; PO-16-56
José Neves PO-14-21
José Nuno Raposo CO-38-02; IMI-02-036; IMI-03-023; PO-04-17; PO-08-34; PO-08-35
José P. Moura CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
José Paxiuta PO-08-44; PO-16-44; PO-16-51
José Pedro Andrade PO-03-26; PO-10-30; PO-11-34
José Pedro Carda CO-33-03
José Pedro de Andrade PO-16-05
José Pedro Fonseca IMI-01-106; PO-01-17; PO-01-18
José Pedro Leite CO-14-05; PO-03-38; PO-07-38
José Pereira CO-13-02; CO-28-01; CO-37-06; CO-41-04; PO-05-61; PO-10-22; PO-14-64; PO-15-29; PO-15-30
José Pestana Ferreira PO-09-84
Jose Pimenta da Graça IMI-02-060
José Pimenta da Graça CO-29-01; CO-33-01; CO-33-02; IMI-01-027; IMI-02-016; IMI-03-010; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-18; PO-02-19; PO-02-32; PO-02-35; PO-02-36; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-16; PO-03-29; PO-03-34; PO-03-50; PO-04-02; PO-05-13; PO-05-52; PO-05-6
José Pimentada Graça PO-05-23
José Presa IMI-03-109
José Proença PO-03-36; PO-10-54
José Ramada CO-20-03
José Ramalho PO-01-16; PO-04-69; PO-06-12; PO-10-21; PO-13-63
José Reina IMI-03-008; PO-01-13; PO-03-61; PO-05-51; PO-09-05
José Ribeiro IMI-01-063; IMI-01-080; IMI-03-079; PO-11-26; PO-14-43
José Ribeiro Eira PO-06-43; PO-06-47
José Roberto PO-03-01; PO-03-02; PO-03-03
José Roberto Silva PO-03-23
José Rola CO-13-05
José Silva PO-14-08
José Soares PO-09-17
José Sousa PO-01-39; PO-07-35
José Sousa e Costa IMI-02-028; PO-08-49; PO-15-53
Jose Vaz CO-27-04
José Vaz IMI-03-008; PO-01-13; PO-03-61; PO-05-51; PO-09-05
José Velosa PO-09-47; PO-12-36
José Vinhas PO-04-07; PO-06-17
Josefina Lascasas PO-06-29
Josefina Marcelo PO-01-49
Joselina Barrios Chirivella IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45
Josiana Duarte CO-24-01
Joyce Chivia CO-16-03; PO-14-61
Jozelina Riviera PO-08-67
Juan Alba CO-27-06
Juan Luengos PO-06-53
Juan Puentes IMI-03-113; PO-02-67; PO-02-70; PO-02-74; PO-04-54; PO-06-73; PO-08-25; PO-09-55; PO-12-64; PO-14-42; PO-16-52; PO-16-76
Juan Urbano CO-27-06; PO-16-68; PO-16-70
Judit Rodríguez PO-09-02
Judite Henriques IMI-01-101; PO-08-20; PO-12-68; PO-16-75

Júlia Arede CO-42-04
Julia Maciel PO-03-24
Julia Manuel PO-03-26; PO-11-34
Júlia Manuel PO-03-64; PO-04-66; PO-16-05
Júlia Sabino PO-06-58
Juliana Campos CO-06-02
Juliana Castelo PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47
Juliana Ferreira da Silva PO-06-36; PO-08-18; PO-08-33
Juliana Pinho PO-09-58; PO-12-35; PO-12-43
Juliana Sá IMI-03-083; PO-03-23; PO-07-24
Juliana Silva IMI-01-032; IMI-01-110; IMI-03-043; IMI-03-057; IMI-03-058; IMI-03-102; PO-02-22; PO-03-17; PO-04-06; PO-08-02; PO-09-24; PO-09-76; PO-10-50; PO-13-06; PO-14-01; PO-15-39
Julieta Ramalho CO-33-06; PO-01-07; PO-03-55; PO-05-22; PO-07-76
Júlio Almeida CO-06-05; CO-32-06; PO-08-24; PO-14-43
Júlio Pereira CO-08-01; PO-12-48
Júlio Veríssimo CO-47-01
Juvenal Morais CO-23-04; IMI-02-037; PO-02-49; PO-04-42; PO-07-61
Kamal Mansinho PO-02-09; PO-04-53
Karanini Ferreira PO-09-40
Karin Luz CO-07-05; CO-10-04; CO-37-03; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; IMI-03-111; PO-04-09; PO-07-77; PO-08-16; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46
Karina Gama PO-01-46
Karina Lopes PO-03-59
Karolina Sodré Aguiar PO-05-34
Karyne Hyde PO-15-72
Katia Ladeira IMI-01-028; PO-03-53; PO-06-15; PO-11-28; PO-15-04
Kátia Ladeira IMI-02-090; PO-07-75; PO-09-39; PO-14-68
Kevin Domingues PO-03-30
L. Eça Guimarães CO-48-01
L. M. Correia PO-05-07; PO-07-07
L. Nóbrega PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
Lacerda Nobre PO-01-20
Lara Adelino IMI-01-059; IMI-03-086; PO-02-62; PO-06-16; PO-08-62; PO-08-76
Lara Câmara PO-01-10; PO-01-11
Lara de Andrade Maia CO-09-04
Lara Maia CO-46-03
Laura Carvalho PO-09-42
Laura Castro PO-08-02; PO-16-15
Laura Igreja PO-10-30
Laura Marques CO-18-02
Laura Moreira IMI-01-117; IMI-03-116; PO-14-37; PO-15-37
Laura Pereira PO-02-60; PO-04-01; PO-07-46
Laura Xavier Pereira CO-17-02; PO-08-37; PO-12-59; PO-16-57
Laurinda Pereira PO-14-73
Leandro Valdemar CO-04-05
Leila Cardoso CO-21-02; IMI-03-084; PO-06-56
Lélita Santos PO-12-28
Lèlita Santos IMI-01-036; IMI-01-099; PO-01-42; PO-03-10; PO-06-18; PO-07-70; PO-08-56; PO-10-66; PO-12-02; PO-12-33
Lénea Porto IMI-03-083
Lénia Jorge CO-33-03
Lénio Couto CO-30-02; IMI-02-053; PO-01-54; PO-02-80; PO-08-71
Lenka Riková PO-08-52
Leonardo Rodriguez PO-08-21
Leonel Pinto PO-06-68; PO-10-63; PO-15-26
Leonor Carvalho IMI-01-007; IMI-03-062; PO-03-41; PO-12-10
Leonor Marques CO-06-04; PO-14-47
Leonor Matos CO-48-06
Leonor Monjardino PO-01-28; PO-01-35; PO-05-05; PO-07-03; PO-09-06
Leonor Vasconcelos Matos PO-04-47
Leticia Ribeiro PO-08-52
Letícia Ribeiro CO-18-01; CO-33-03
Lídia Jacques Costa PO-04-45
Lígia Fernandes PO-07-42
Lilian Sousa IMI-02-115; IMI-03-057; IMI-03-058; IMI-03-073; IMI-03-102; PO-03-04; PO-05-69; PO-05-70; PO-05-76; PO-11-24
Liliana Saraiva PO-15-60
Liliana Alves PO-13-28
Liliana Antunes CO-32-06; IMI-01-116
Liliana Carneiro PO-09-17
Liliana Costa PO-01-48; PO-06-65
Liliana Dias CO-34-03; PO-11-26; PO-11-65
Liliana Fernandes PO-10-46
Liliana Fonseca CO-09-02
Liliana Mendes PO-12-68
Liliana Oliveira IMI-01-047
Liliana Pedro IMI-01-003; IMI-01-070; PO-06-61; PO-06-67; PO-10-61; PO-15-47; PO-16-34
Liliana Pereira PO-11-22
Liliana Reis PO-05-27
Liliana Ribeiro Dos Santos CO-24-03; IMI-03-016; IMI-03-059; PO-07-11; PO-10-26
Liliana Santos CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Liliana Torres IMI-02-030; IMI-02-032; PO-09-31
Liliane Pereira Brito PO-05-67; PO-16-16
Lindora Pires IMI-02-117; PO-14-49
Linhares L PO-07-10
Lino Gonçalves CO-06-06; PO-05-27
Lino Nóbrega CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-03-097
Lisete Nunes IMI-01-094; PO-05-32; PO-15-17; PO-16-29
Lopes A. C PO-01-02
Lorena Gaviria CO-30-04
Lorena Segura CO-30-04
Lourdes Alvoeiro PO-14-18

INDICE DE AUTORES

Lourdes Cabezuelo CO-25-05; PO-09-70; PO-10-65
Lourdes Vilarinho IMI-01-104; IMI-03-098; PO-05-49
Lúcia Brandão CO-02-07; CO-04-01; CO-07-03; CO-07-04; CO-09-03; CO-11-01; PO-08-15; PO-10-56; PO-10-79
Lúcia Carrera PO-02-17
Lúcia Fadiga IMI-02-007
Lúcia Guedes CO-42-01
Lúcia Marinho PO-09-71
Lúcia Meirelees Brandão PO-11-67
Lucia Meireles Brandão PO-11-48
Lúcia Meireles Brandão CO-04-04; CO-08-06; CO-11-06; CO-14-03; CO-19-01; CO-20-05; CO-24-07; CO-26-01; CO-28-04; CO-38-06; CO-40-01; CO-44-01; IMI-01-066; IMI-02-027; PO-04-12; PO-04-64; PO-06-19; PO-07-55; PO-08-05; PO-08-47; PO-11-16; PO-11-76
Lúcia Parreira PO-06-17
Lúcia Proença CO-19-06; PO-01-53; PO-04-40; PO-04-67; PO-08-39; PO-13-64; PO-16-42
Lúcia Taborda PO-08-44; PO-16-44
Luciana Frade CO-13-02; CO-28-01; CO-37-06; PO-05-61; PO-08-09; PO-10-22; PO-14-64; PO-15-29; PO-15-30
Luciana Sousa CO-33-06; IMI-01-020; IMI-03-001; PO-02-15; PO-13-61; PO-15-66
Lucília Pessoa IMI-01-038; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17
Lucinda Oliveira CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Ludmila Pierdevara CO-25-05; PO-09-70
Luis Abreu CO-08-01; PO-12-48
Luis Almeida Morais CO-07-01
Luís Almeida Morais PO-05-38
Luís Andrade IMI-02-061; IMI-03-027; IMI-03-043; PO-05-48; PO-14-01
Luís Bento PO-10-08; PO-13-08
Luis Bernardes IMI-01-034
Luís Borges PO-14-29; PO-15-36
Luís Brito Avô PO-09-10; PO-11-17
Luis Caldeira PO-01-47; PO-02-75
Luís Caldeira PO-01-62; PO-02-63; PO-04-57; PO-04-58; PO-04-61; PO-04-80
Luis Campos CO-06-01; CO-06-02; IMI-01-031; PO-05-61; PO-10-22; PO-14-50; PO-15-25; PO-16-10
Luís Campos CO-10-01; CO-10-03; CO-13-02; CO-16-05; CO-22-03; CO-23-05; CO-28-01; CO-30-03; CO-34-04; CO-37-06; CO-41-04; CO-42-03; CO-44-04; CO-45-03; CO-45-04; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; CO-48-06; CO-50-05; IMI-01-029; IMI-01-071; IMI-03-10
Luis Cardoso PO-04-04
Luís Cardoso PO-04-08
Luís Carvalho PO-02-56; PO-04-33; PO-16-32; IMI-03-033
Luís Castelo Branco PO-16-26; PO-16-74
Luis Castrelo Branco CO-50-06
Luis Coelho CO-13-04; PO-15-52
Luis Correia PO-09-36
Luís Costa CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05
Luis Costa Matos IMI-03-118; PO-12-35; PO-13-75
Luís Costa Matos PO-09-25
Luís Coutinho Miranda CO-07-01; PO-05-38
Luis Cunha CO-43-06
Luís Cunha CO-44-06; PO-13-05
Luis Dias PO-02-69; PO-08-24; PO-08-87
Luís Dias CO-06-05; CO-34-03; IMI-02-065; IMI-02-073; IMI-02-075; PO-02-21; PO-02-26; PO-04-26; PO-04-38; PO-05-60; PO-07-71; PO-15-18; PO-15-19; PO-16-31
Luís Duarte Costa CO-04-03; CO-41-05; IMI-01-091; IMI-03-082; PO-09-30
Luis Elvas PO-14-44
Luis Falcão PO-05-23
Luís Flores IMI-02-003; PO-09-29; PO-14-55
Luís Fontão PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47
Luís Forte IMI-03-065; PO-09-80
Luís França PO-16-33
Luís Graça Santos IMI-03-033
Luis Isidoro PO-12-15
Luís Leite CO-16-01; IMI-02-096; PO-07-36
Luís Lopes PO-09-77; PO-11-33; PO-11-71; PO-11-76
Luís M IMI-02-033
Luís Magalhães CO-19-07; PO-11-57
Luís Maia CO-43-02
Luis Marote Correia PO-13-27
Luis Meleiro PO-05-67; PO-16-16
Luís Melo CO-47-06; PO-08-36; PO-13-11; PO-13-12
Luis Menezes Falcão PO-05-10; PO-11-18
Luís Menezes Falcão PO-11-17
Luís Monteiro CO-19-04
Luís Morais PO-14-39; PO-14-40; PO-14-46
Luís Mota Capitão PO-14-40; PO-14-46
Luis Moura PO-03-18
Luís Nogueira IMI-02-030; IMI-02-032; PO-09-31
Luís Nogueira Silva IMI-02-085; PO-09-08; PO-09-63
Luís Patrão PO-03-23
Luis Pedro Tavares PO-13-19; PO-13-21
Luís Pedro Tavares CO-42-01; CO-46-06; CO-47-04
Luís Pinheiro PO-04-43; PO-13-40
Luís Pontes CO-40-02
Luís Pontes Santos IMI-03-061
Luís Ramos Dos Santos CO-26-06; CO-46-01; PO-10-09; PO-11-10; PO-11-69; PO-13-18; PO-13-20
Luís Resende PO-06-21

Luís Santos CO-17-06; CO-42-05; IMI-01-037; IMI-01-068; IMI-02-034; IMI-02-041; IMI-03-039; PO-08-15; PO-10-79; PO-13-78; PO-14-34
Luís Sargento CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04; PO-14-38
Luis Siopa PO-11-51
Luís Siopa CO-48-02; IMI-01-013; IMI-02-100; IMI-03-113; PO-02-74; PO-08-25; PO-15-39
Luís Síopa IMI-01-078
Luís Teles IMI-01-072; PO-05-79; PO-08-17; PO-10-38
Luis Trindade CO-35-03; IMI-02-064; PO-01-45
Luis Val Flores IMI-01-048; PO-13-67
Luís Vale CO-16-02; PO-02-13; PO-10-28
Luís Vaz Rodrigues PO-10-74
Luís Viana Fernandes PO-02-16
Luís Vieira Lemos CO-24-06; PO-16-45
Luís Vouga PO-03-01; PO-03-03
Luísa Albuquerque PO-02-27
Luisa Arez PO-03-40
Luísa Arez CO-25-05; CO-44-05; IMI-01-003; IMI-01-052; IMI-01-070; IMI-02-049; IMI-03-070; PO-01-39; PO-04-71; PO-05-14; PO-06-61; PO-06-67; PO-07-35; PO-09-70; PO-10-61; PO-10-65; PO-13-71; PO-13-76; PO-15-33; PO-15-44; PO-15-47; PO-16-34
Luísa Azevedo CO-50-04
Luísa Barros PO-09-71
Luísa Branco CO-07-05
Luisa Brites IMI-01-099; PO-06-18; PO-08-56
Luísa Carvalho IMI-01-108; PO-07-31; PO-09-73
Luísa Eça Guimarães PO-09-71; PO-09-72
Luisa Fraga Fontes PO-04-31; PO-05-28
Luisa Gonçalves PO-02-76
Luísa Guerreiro CO-31-03; CO-31-04; IMI-02-056; PO-03-06; PO-12-57
Luísa Malheiro PO-05-24
Luisa Moreira PO-03-62
Luísa Moura Branco CO-07-01; PO-05-38
Luisa Pereira PO-05-23
Luísa Pinto IMI-01-028; IMI-02-090; PO-03-53; PO-06-15; PO-07-75; PO-09-39; PO-11-28; PO-14-68; PO-15-04
Luísa Rebocho CO-45-05; PO-11-55
Luísa Santos IMI-03-015
Luísa Silva PO-01-36
Luísa Teixeira IMI-02-038; PO-16-32; PO-16-33
Luísa Wandschneider PO-15-39
Lurdes Ferreira PO-05-20; PO-14-26; PO-14-39
Lurdes G. Matos PO-07-34
Lurdes Gonçalves CO-31-01
Lurdes Guerra IMI-01-119; PO-01-80
Lurdes Venâncio CO-23-03; PO-08-60
Luz Brazão CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-03-097; PO-03-63; PO-05-09; PO-10-67
Luz Reis Brazão IMI-01-081; IMI-01-100; PO-09-74
Lygia Lopes PO-01-66
Lynce A PO-12-69
M Carmo Fevereiro PO-02-23
M do Carmo Fevereiro PO-14-31
M Eufémia Calmeiro PO-14-08
M Filomena Roque CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-088; PO-09-27
M Teixeira Veríssimo IMI-02-110
M. Catarina Tavares PO-07-69
M. Cunha PO-08-12
M. I. Mendonça PO-05-07; PO-07-07; PO-05-21
M. Júlia Maciel PO-05-01; IMI-01-017
M. Rodrigues PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
Machado J PO-07-10
Madalena Coutinho PO-08-87
Madalena Coutinho Cruz CO-06-05; CO-07-01; PO-05-38
Madalena Cruz Coutinho PO-14-43
Madalena Leite Rio PO-11-17
Madalena Lisboa CO-16-02; PO-02-13; PO-02-31; PO-05-59; PO-07-13; PO-10-23; PO-10-28; PO-10-47; PO-15-80
Madalena Meneses PO-03-65
Madalena Rio CO-49-01; PO-10-39
Madalena Rosário CO-50-05
Madalena Silva PO-12-26
Madalena Sousa Silva PO-11-27
Madalena Vicente CO-34-02; IMI-01-057; PO-09-46; PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-16-61
Madalena Vincente PO-15-40; PO-15-49
Mafalda Costa Pereira CO-07-06; IMI-01-107; IMI-03-015; PO-03-18; PO-03-19; PO-03-20; PO-07-18
Mafalda Figueira PO-06-60; PO-06-66; PO-08-68; PO-09-53
Mafalda Miranda IMI-01-015
Mafalda Remelhe PO-13-54
Mafalda Santos PO-10-38
Mafalda Sousa PO-10-15
Magda Faria PO-12-50
Magda Fernandes PO-07-23; PO-11-62; PO-12-44; PO-16-15
Magda Terenas PO-08-32
Maksym Dykyy PO-02-66; PO-04-65; PO-07-01; PO-10-04
Manuel Alvarez PO-05-67; PO-16-16
Manuel Amoedo IMI-03-004; PO-03-37; PO-03-56; PO-04-23
Manuel Araújo CO-37-06; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; CO-48-06; PO-04-47
Manuel Barbosa IMI-01-104; IMI-03-098; PO-05-49; PO-05-80; PO-06-31; PO-08-89; PO-13-56
Manuel Campelo CO-08-03
Manuel Carvalho IMI-01-058; PO-01-59; PO-10-70
Manuel Cunha PO-10-41; IMI-01-102; PO-10-02; PO-10-03
Manuel Fernandes PO-04-20; PO-04-21; PO-06-79; PO-09-75; PO-11-56
Manuel Ferreira CO-10-06

INDICE DE AUTORES

Manuel Ferreira Gomes IMI-02-052; PO-08-32; PO-11-41; PO-13-68
Manuel Leão CO-21-04
Manuel Martins Barbosa PO-01-48; PO-06-65
Manuel Nisa Pinheiro CO-24-02; PO-13-22
Manuel Serrano Martins PO-01-68; PO-04-73
Manuel Teixeira Veríssimo CO-28-05; CO-29-02; CO-45-02; IMI-02-007; IMI-03-032; IMI-03-107; PO-08-72; PO-08-81; PO-12-02; PO-15-21; PO-16-37
Manuel Toscano CO-03-01; CO-10-02; CO-12-03; PO-16-22
Manuel Veríssimo CO-05-03; CO-20-02; CO-29-04; CO-29-05; IMI-01-014; IMI-01-109; IMI-02-025; IMI-02-111; IMI-02-112; IMI-03-087; PO-02-58; PO-13-14; PO-15-45; PO-16-43
Manuela Alves PO-03-62; PO-05-79; PO-06-50
Manuela Fera IMI-02-035; PO-04-30; PO-09-33; PO-10-10; PO-16-20
Manuela Grego PO-02-70; PO-04-54; PO-09-55; PO-12-64; PO-16-52; PO-16-76
Manuela Lélis CO-26-06; CO-46-01; PO-10-09; PO-11-10; PO-11-69; PO-13-18; PO-13-20
Manuela Lopes PO-10-71
Manuela Melo PO-03-07
Manuela Mendes CO-05-05; IMI-01-030; PO-06-39; PO-07-69; PO-14-33
Manuela Neto PO-01-49
Manuela Ricciulli PO-03-24; PO-05-20; PO-15-38
Manuela Sequeira IMI-02-006; PO-04-45; PO-06-42; PO-15-07
Manuela Soares PO-13-22
Manuela Sousa PO-01-32; PO-03-51
Manuela Vanzeller IMI-03-018; IMI-03-019; IMI-03-020; IMI-03-021
Manuela Vasconcelos IMI-01-016; IMI-02-062; IMI-03-074; PO-01-58; PO-08-82; PO-16-69
Manuela Zita Veiga PO-05-11; PO-05-54; PO-14-58
Mara Eliana Pereira CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Márcia Aleixo PO-01-49
Márcia Barros PO-03-01; PO-03-02
Marcia Kirzner PO-12-53; PO-12-54
Márcia Meireles IMI-01-001
Márcia Melo IMI-03-086; PO-02-62
Márcia Mendonça Souto IMI-01-083; PO-01-31; PO-02-34; PO-05-66
Marcia Oliveira CO-29-03; IMI-02-048; PO-04-75
Márcia Oliveira IMI-03-048; PO-12-55
Márcia Pacheco PO-06-70
Márcia Pinto CO-48-02; IMI-03-113; PO-02-74; PO-04-54; PO-09-55; PO-14-42; PO-16-52
Márcia Ribeiro PO-08-11
Márcia Rodrigues Pinto PO-12-64; PO-16-76
Márcia Rodriques Pinto PO-02-70
Márcia Souto CO-38-05
Márcio Ferreira PO-01-32; PO-03-51
Márcio Viegas PO-04-07; PO-06-17
Marco António Ferreira PO-09-47
Marco Fernandes PO-06-59
Marco Melo CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Marco Narciso CO-17-04
Marcos Mesquita CO-48-05; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-15-14
Marcos Oliveira CO-49-03; PO-15-31; PO-15-60
Marcos Teixeira Pedro CO-25-06
Margaria Ascensão IMI-03-063; PO-15-08
Margarida Alvelos CO-37-04
Margarida Amaro PO-16-60
Margarida Bela IMI-02-063; IMI-02-117; PO-14-49
Margarida Branco PO-03-27
Margarida Cabrita PO-03-26; PO-06-12; PO-10-21; PO-11-34; PO-16-05
Margarida Câmara PO-01-46
Margarida Cardoso CO-38-04
Margarida Carrancha CO-42-04
Margarida Coelho CO-41-02; PO-01-44; PO-04-42
Margarida Correia CO-25-04; IMI-02-006; PO-13-03
Margarida Cortes CO-49-01; PO-09-10; PO-09-67; PO-10-39; PO-11-17
Margarida Costa PO-11-59
Margarida Cruz IMI-01-098; IMI-02-050; IMI-02-094; IMI-03-094; PO-01-75; PO-11-60; PO-13-62; PO-15-41; PO-16-09; PO-16-24
Margarida Eulálio IMI-02-054; PO-06-10; PO-09-09; PO-14-75
Margarida Fevereiro CO-19-04
Margarida Fonseca IMI-03-001; PO-06-75
Margarida Freitas Silva PO-07-41
Margarida Gil IMI-01-029; IMI-03-104
Margarida Inácio IMI-01-102; PO-10-02; PO-10-03
Margarida Isabel Ribeiro de Cavadas Pereira e Alvelos IMI-02-071
Margarida Jacinto CO-15-01
Margarida Leal PO-03-30
Margarida Lucas PO-05-30
Margarida Luis CO-29-03
Margarida Miranda PO-06-01
Margarida Monteiro IMI-02-062; IMI-03-074; PO-08-82
Margarida Mota IMI-02-031; PO-02-22
Margarida Oliveira CO-05-05; CO-32-04; CO-43-05; IMI-03-117; PO-01-05; PO-01-40; PO-08-59; PO-10-69; PO-11-49
Margarida Pereira Alvelos PO-11-66
Margarida Proença CO-48-06; PO-04-47
Margarida Ramos Lopes PO-02-24; PO-10-19
Margarida Raposo PO-13-32
Margarida Rato PO-02-57; PO-14-59
Margarida Robalo CO-25-01; PO-01-07; PO-07-66; PO-10-32; PO-13-52
Margarida Rodrigues CO-07-06

Margarida Rodrigues Fonseca PO-14-72
Margarida Sá Pereira PO-14-29; PO-15-36
Margarida Sousa Carvalho PO-08-65
Margarida Varela IMI-01-060; IMI-01-118; PO-01-74
Margarida Varela Dos Santos CO-48-02; IMI-01-013; PO-15-39
Margarida Viana IMI-02-037; PO-02-49
Margarida Viana Coelho PO-07-20; PO-07-21; PO-07-61; PO-08-77
Margarita Cueto PO-05-67
Margarita Urquiola PO-13-73; PO-15-32
Mari Mesquita IMI-02-030; IMI-02-032; IMI-02-059; IMI-02-063; IMI-02-117; IMI-03-038; PO-01-77; PO-08-79; PO-09-31; PO-10-68; PO-12-03; PO-14-47; PO-14-49; PO-16-73
Maria Adelia Castelo Branco PO-04-36
Maria Adélia Castelo Branco PO-09-75; PO-13-24
María Álvarez IMI-02-001
Maria Amaral CO-33-05; IMI-01-034; PO-01-10; PO-01-11; PO-06-51
Maria Amélia Pereira PO-07-42
Maria Ana Canelas IMI-01-093; IMI-02-005; IMI-03-031; PO-02-05; PO-02-77; PO-05-48; PO-11-78; PO-12-05
Maria Angeles Alvarez PO-05-67
Maria Baldo PO-08-83
Maria Brandão CO-41-03
Maria Brazão IMI-02-087; PO-05-63; PO-10-25; PO-11-70
Maria Castelo Branco PO-07-69
Maria Concepción Agras PO-05-67; PO-16-16
Maria Concepción Garrido PO-05-67
Maria Cristina Esteves PO-11-51
Maria da Luz Araújo PO-01-71
Maria da Luz Brazão CO-26-06; CO-46-01; IMI-01-008; IMI-01-021; IMI-01-041; IMI-01-082; IMI-03-014; IMI-03-112; PO-01-23; PO-03-39; PO-07-14; PO-09-62; PO-10-09; PO-11-10; PO-11-37; PO-11-69; PO-13-18; PO-13-20; PO-13-27; PO-13-58; PO-14-20
Maria de Jesus Banza PO-03-44
Maria de Jesus Silva CO-17-04; PO-02-79; PO-08-64
Maria Del Mar Barba CO-27-06
Maria do Carmo Cachulo PO-05-27
Maria do Carmo Fevereiro IMI-01-105; PO-15-67
Maria do Céu Dória PO-05-58
Maria do Céu Rocha CO-46-04
Maria do Mar Menezes CO-23-03; PO-07-73; PO-08-60
Maria do Rosário Barroso PO-09-35; PO-11-31
Maria do Rosário Ginga IMI-03-071
Maria Dolores Pinheiro PO-04-28
Maria Duarte PO-10-29
Maria Dulce Gonçalves CO-48-06; PO-13-32
Maria Emilia Cortizo PO-05-67; PO-16-16
Maria Eufémia Calmeiro PO-11-53
Maria Eugénia Andre PO-02-02; PO-10-05
Maria Eugénia André IMI-03-076; PO-11-09
Maria Fátima Magalhães PO-05-74
Maria Ferreira PO-03-48; PO-03-49
Maria Filomena Alicerces IMI-02-083; PO-09-23; PO-10-48
Maria Filomena Cardosa PO-05-03
Maria Filomena Roque IMI-01-073; IMI-01-096; PO-05-46; PO-07-04
Maria Fraga CO-03-06; CO-23-02; PO-09-16; PO-11-02; PO-15-20
Maria Francisca Magalhães PO-11-43; PO-14-24
Maria Gomes PO-03-14
Maria Guadalupe Benites IMI-02-053; PO-01-54; PO-02-80; PO-08-71
Maria Helena Amorim CO-13-05; PO-08-51; PO-14-25
Maria Helena Pacheco PO-04-46; PO-16-25; PO-16-40
Maria Inês Correia IMI-01-081; IMI-01-100; PO-01-46; PO-03-39; PO-13-27
Maria Inês Freitas PO-08-58
Maria Inês Mendes PO-12-52
Maria Inês Ribeiro IMI-03-004; PO-02-68; PO-03-37; PO-04-23; PO-11-25; PO-13-69; PO-14-56; PO-16-60
Maria Inês Seixas CO-03-06
Maria Inês Silva PO-11-17
Maria Inês Simões PO-14-25
Maria Isabel Bessa CO-18-06
Maria Isabel Vila Lobos PO-08-32
Maria Jesus PO-14-09
Maria Jesus Banza PO-11-24
Maria Jesus Morgado PO-05-30
María Jesús Paniagua Martin PO-07-58
Maria Jesus Valente PO-10-64
Maria Joana Alvarenga PO-02-20; PO-05-53
Maria João Alves Pinto CO-30-01; IMI-03-077; PO-07-12
Maria João Baldo CO-06-01; CO-06-02; CO-35-04; PO-02-78; PO-08-85; PO-11-13; PO-11-14; PO-14-50
Maria João Baptista PO-14-19
Maria João Bizarro PO-04-31; PO-05-28
Maria João Castro IMI-03-026
Maria João Costa IMI-01-119; PO-01-80
Maria João Ferreira PO-08-03; PO-13-49
Maria João Ferreira da Silva PO-14-05
Maria João Gomes PO-07-28
Maria João Gonçalves PO-02-52; PO-04-25
Maria João Jervis PO-05-51
Maria João Lima PO-09-56
Maria João Lobão PO-08-44; PO-16-44; PO-16-51
Maria João Nunes da Silva CO-03-06; CO-23-02; PO-07-25; PO-09-16; PO-11-02; PO-11-03; PO-15-20
Maria João Oliveira IMI-03-018; IMI-03-019; IMI-03-020; IMI-03-021
Maria João Pais PO-16-60
Maria João Pinto CO-09-05; PO-07-53
Maria João Regadas CO-33-06; PO-03-55; PO-05-22; PO-07-76

INDICE DE AUTORES

Maria João Rodrigues Ferreira Pinto PO-01-27; PO-05-17
Maria João Serpa IMI-01-027; IMI-02-016; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-35; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-13; PO-10-06; PO-10-31; PO-10-43; PO-12-46; PO-14-66
Maria João Silva PO-03-66; PO-09-38
Maria João Simões CO-41-01
Maria João Tavares IMI-03-012; PO-05-50; PO-09-14; PO-09-76
Maria João Vieira PO-03-30
Maria José Alves IMI-02-057; PO-12-45
Maria José Grade CO-44-05; IMI-01-052; IMI-02-049; PO-01-39; PO-03-40; PO-04-71; PO-06-61; PO-07-35; PO-13-76; PO-15-33
Maria José Moreira IMI-02-054; PO-01-50; PO-09-85
Maria Jose Serra CO-01-01
Maria José Serra PO-05-28
Maria José Serra Paulo Pereira Gomes PO-04-31
Maria Julia Maciel CO-08-03
Maria Júlia Maciel IMI-01-085
Maria Lobo Antunes PO-06-01
Maria Luz Brazão IMI-01-113; IMI-03-030
Maria Luz Dobao PO-03-20
Maria Maia PO-05-23
Maria Manuela Brochado IMI-01-110; PO-10-50
Maria Manuela Neto PO-04-66
Maria Manuela Soares IMI-01-039; PO-03-08; PO-05-25; PO-07-54; PO-10-34; PO-12-22; PO-13-32; PO-14-32
Maria Margarida Dias PO-11-31
Maria Margarida Luis IMI-02-048; PO-04-75
Maria Margarida Luís IMI-03-048; PO-02-77; PO-08-61; PO-08-66; PO-12-55
Maria Margarida Robalo PO-06-02; PO-12-56; PO-13-38
Maria Menezes PO-04-31
Maria Moreno PO-14-65
Maria Navarro CO-35-02
Maria Odete Miranda CO-18-06
Maria Perestrelo PO-15-05
Maria Pestana PO-03-63; PO-10-67
Maria Pia PO-09-07
Maria Serpa PO-01-15; PO-02-12; PO-05-08; PO-14-63
Maria Silva PO-03-27
Maria Teresa Boncoraglio PO-08-30; PO-09-82
Maria Teresa Cardoso IMI-01-046; IMI-02-085; PO-09-08; PO-09-63
Maria Trêpa PO-08-58
Maria Vilela IMI-02-045; PO-07-30
Marian Navarro CO-22-01
Mariana Abreu Vieira CO-16-06; CO-38-01; IMI-03-034; PO-14-17
Mariana Aguiar Gonçalves PO-03-10
Mariana Baptista CO-43-06
Mariana Branco PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47
Mariana Brandão PO-12-21; PO-15-73
Mariana Capela PO-14-22
Mariana da Cruz IMI-02-059; IMI-03-038; PO-01-77; PO-12-03
Mariana Esteves IMI-02-101
Mariana Formigo PO-07-23
Mariana Gomes Martins CO-10-01; CO-10-03; CO-45-03; PO-14-21; PO-14-22
Mariana Gonçalves CO-48-06; IMI-01-029; IMI-01-099; PO-01-42; PO-06-18; PO-08-56
Mariana Gregório PO-06-76
Mariana Guerra IMI-02-105; PO-06-13; PO-06-14; PO-15-03
Mariana L. S. Magalhães PO-16-62
Mariana Malheiro CO-22-03; CO-42-03; IMI-01-031; PO-16-54
Mariana Martins CO-44-04; PO-09-40
Mariana Matias PO-10-69
Mariana Meireles PO-01-63; PO-07-43; PO-07-80; PO-09-81; PO-11-06; PO-15-51
Mariana Mendes PO-09-80
Mariana Pessanha PO-16-10
Mariana Pintalhão PO-13-46
Mariana Popovici CO-26-03; PO-01-51
Mariana Quaresma IMI-02-097; PO-02-73; PO-04-48
Mariana Santos CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Mariana Silva PO-01-10; PO-01-11; PO-06-51
Mariana Sousa CO-03-04; PO-15-41; PO-16-09
Mariana Taveira PO-03-06; PO-06-30
Mariana Teixeira CO-48-04; IMI-02-050
Mariana Vieira CO-03-01; PO-03-13
Mariano Pacheco CO-39-05; IMI-03-085; PO-03-43; PO-03-65; PO-04-59; PO-04-63; PO-04-72; PO-09-43; PO-09-44; PO-12-34; PO-16-06; PO-16-48
Mariano Pego PO-14-44
Mariano Pêgo CO-11-05; IMI-01-033; PO-03-22; PO-03-32; PO-05-39
Mariela Rodrigues PO-12-04
Marília Cravo PO-09-07
Marília Gomes PO-08-52
Marília Santos Silva IMI-01-030
Marina Boticario PO-07-04
Marina Boticário CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-073; IMI-01-088; IMI-01-096; PO-05-46; PO-09-27
Marina Fonseca IMI-02-096
Marina Martins IMI-02-101
Marina Vitorino PO-09-35
Marinela Major CO-19-06; PO-03-49; PO-04-67; PO-08-39; PO-13-64; PO-16-42
Mário Bibi IMI-01-084
Mário Esteves PO-07-30
Mário Ferraz IMI-01-057; PO-09-46; PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-15-40; PO-15-49; PO-16-61

Mário Lázaro PO-01-52; PO-06-26; PO-06-27; PO-06-28; PO-12-11
Mario Parreira IMI-02-083; PO-09-23; PO-10-48
Mário Parreira PO-10-01; PO-14-70; PO-15-61
Mário Rodrigues CO-06-05; PO-02-69; PO-04-38; PO-04-39; PO-08-87; PO-15-18; PO-15-19; PO-16-31
Mário Santos CO-09-02; IMI-01-059; PO-03-59; PO-04-27; PO-06-44; PO-08-62; PO-08-76; PO-09-45; PO-14-02; PO-15-14; PO-16-03
Marisa Araújo PO-01-62; PO-04-20
Marisa Brum PO-11-45
Marisa Crespo Leiro PO-07-58
Marisa Paulino CO-24-03; IMI-03-059; PO-12-68; PO-16-75
Marisa Paulino & Ana Paula Vilas IMI-03-016
Marisa Rocha IMI-02-078
Marisa Rosete IMI-03-091; PO-03-76
Marisa Silva PO-05-02
Marisa Teixeira da Silva CO-16-01; PO-07-36
Marisol Guerra CO-18-05; IMI-01-102; PO-08-01; PO-08-75; PO-10-02; PO-10-03
Marlene Delgado PO-09-58; PO-10-80; PO-12-13; PO-12-15; PO-12-16
Marlene Estácio CO-39-05; IMI-03-085; PO-03-43; PO-03-65; PO-04-59; PO-04-63; PO-04-72; PO-09-43; PO-09-44; PO-12-34; PO-16-06; PO-16-48
Marlene Fonseca PO-05-02
Marlene Louro CO-32-05; PO-02-01
Marques S PO-12-69
Marta Achando PO-08-38
Marta Amaral PO-14-52
Marta Amaral Silva PO-10-71
Marta Bastos PO-13-03
Marta Brandão Calçada PO-03-62
Marta Brás CO-18-06
Marta Calçada PO-06-50
Marta Cerol PO-01-16; PO-04-69; PO-06-12; PO-10-21; PO-13-63
Marta Cunha IMI-01-103; IMI-02-010; PO-01-06; PO-11-08
Marta Custódio CO-03-01; CO-40-05; PO-04-77
Marta de Sousa PO-03-25
Marta Duarte PO-06-67; PO-13-71; PO-13-76; PO-15-44
Marta Fernandes CO-25-06
Marta Ferreira PO-15-28
Marta Freixa CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04; CO-13-06; CO-27-01; CO-48-03; PO-01-70; PO-10-72; PO-11-54; PO-13-30; PO-13-31; PO-13-79; PO-14-38; PO-14-48; PO-15-43; PO-15-46; PO-15-48
Marta Gôja IMI-02-114; PO-08-50; PO-16-33
Marta Gomes PO-01-79; PO-02-34
Marta Gonçalves CO-36-03; PO-02-50; PO-05-04; PO-05-75; PO-09-76; PO-15-01; PO-15-02
Marta Ilharco IMI-01-105; PO-02-23; PO-10-60; PO-14-25; PO-14-31; PO-15-67
Marta Ilhargo PO-04-41
Marta Lisboa PO-04-56; PO-08-12
Marta Lopes PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47
Marta Madeira CO-06-06
Marta Manso IMI-03-036; PO-03-12; PO-07-39; PO-13-22; PO-15-34
Marta Maria Duarte PO-04-55
Marta Marques IMI-02-047
Marta Meleiro Lisboa IMI-01-049; IMI-03-005; IMI-03-035; PO-04-62; PO-16-39
Marta Moitinho PO-06-70
Marta Moitinho de Almeida PO-06-21; PO-06-22
Marta Monteiro CO-18-02; PO-06-29; PO-10-73
Marta Mós IMI-03-118; PO-12-35; PO-13-75
Marta Moura PO-07-53
Marta Nobre Pereira PO-01-52
Marta Nogueira PO-05-38
Marta Oliveira IMI-01-001; PO-08-88; PO-12-42
Marta Patacho PO-06-25
Marta Patita PO-15-06
Marta Peixoto PO-07-70; PO-12-28
Marta Pereira CO-04-06; IMI-03-007; IMI-03-117; PO-01-48; PO-04-50; PO-05-80; PO-06-26; PO-06-27; PO-06-28; PO-06-31; PO-06-65; PO-12-11; PO-13-56
Marta Pinheiro CO-37-06
Marta R. Costa PO-06-52; PO-06-54
Marta Rafael Marques IMI-01-107; IMI-03-015; PO-01-24; PO-04-32; PO-07-18; PO-07-49; PO-09-15; PO-16-62
Marta Rodriguez Madarnas PO-04-56
Marta Ruivo PO-03-70; PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-16-61
Marta Soares PO-15-40; PO-15-49
Marta Sofia Lopes IMI-01-108; PO-07-31
Marta Tavares IMI-01-017
Marta Valentim IMI-03-116; PO-01-16; PO-04-69; PO-06-12; PO-10-21; PO-13-63
Marta Vaz CO-19-06; PO-03-49; PO-04-67; PO-08-39; PO-13-64; PO-16-42
Martinho Fernandes PO-08-43
Mateus Ana CO-39-03; CO-43-03
Matteo Boattini IMI-02-002; IMI-03-029; IMI-03-100; IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52; PO-09-03; PO-14-07
Mauricio Cabrera CO-30-04
Mauro Santos PO-15-79
Mayte Rámiz PO-09-02
Melissa Figueiredo PO-09-09
Menezes Falcão PO-09-67; PO-10-39
Mercedes Agundez IMI-03-084; PO-06-56
Mercedes Agúndez CO-14-05; PO-07-38
Merlinde Madureira PO-06-77
Micaela Neto PO-05-09
Miguel Achega PO-14-16

INDICE DE AUTORES

Miguel Alves IMI-01-025; IMI-01-090; IMI-02-023; IMI-03-053; IMI-03-064; PO-03-11; PO-03-30; PO-10-74; PO-12-65
Miguel Araújo CO-05-06; PO-01-53; PO-02-61
Miguel Baptista PO-11-21
Miguel Bigotte Vieira PO-05-30
Miguel Bispo IMI-01-091; PO-07-34
Miguel Borges Santos PO-03-27
Miguel Borges Silva CO-03-02
Miguel Castelo Branco PO-04-04; PO-04-08
Miguel Correia CO-08-01; PO-12-48; PO-14-30
Miguel Costa PO-06-52
Miguel de Miguel CO-08-02
Miguel Ferreira PO-16-29
Miguel Frias IMI-03-044
Miguel Guerra PO-03-01
Miguel Guia CO-26-04; IMI-01-050; IMI-03-028; PO-01-41; PO-04-70; PO-14-23
Miguel Jara PO-16-11
Miguel Joana CO-24-06; PO-16-45
Miguel Mesquita CO-43-06
Miguel Milheiro CO-44-05; PO-11-29
Miguel Moreira IMI-01-093; IMI-02-005
Miguel Morgado IMI-01-104; IMI-03-098; PO-01-48; PO-05-49; PO-05-80; PO-06-31; PO-06-65; PO-08-89; PO-12-32; PO-13-56
Miguel Oliva Teles IMI-03-103; PO-10-78; PO-13-55
Miguel Pacheco PO-16-18
Miguel Pires PO-02-56; PO-04-33; PO-14-04; PO-16-32
Miguel Ramos PO-13-05
Miguel Ribeiro PO-14-71
Miguel Rito PO-08-55
Miguel Rodrigues PO-11-22
Miguel Santos PO-02-27
Miguel Silva CO-05-05; PO-06-39
Miguel Silveira CO-26-04
Miguel Tábuas Pereira CO-43-06
Miguel Tavares PO-09-24; PO-13-06
Miguel Teles CO-02-04; PO-03-57
Miguel Valente CO-36-03; PO-02-50; PO-05-75; PO-15-01; PO-15-02
Miguel Vasques CO-26-03; PO-01-51
Miguel Viana Baptista PO-11-11
Mihail Mogildea PO-08-77
Milton Camacho CO-22-05; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-03-022; PO-06-05
Mireia de La Peña PO-09-02
Miriam Blanco PO-15-27; PO-03-11; PO-07-47
Miriam Capelo PO-03-39; PO-09-74; PO-10-67
Miriam Cimbron CO-04-05; CO-28-02; PO-01-29; PO-03-05; PO-05-72; PO-09-69
Miriam Freitas IMI-01-008
Mj Lobão CO-36-04; CO-36-05
Mónica Almeida PO-05-22
Mónica Brinquinho CO-29-03; CO-29-06; CO-46-05
Mónica Chen PO-05-34
Mónica Gonçalves PO-13-52
Mónica Mata PO-05-32; PO-05-68
Mónica Mendes Pedro PO-05-29
Mónica Pedro PO-04-16; PO-08-43
Mónica Pereira PO-04-21; PO-14-48
Mónica Reis IMI-01-115; PO-12-30; PO-15-23
Mónica Seidi CO-30-02; IMI-02-053; PO-01-54; PO-02-80; PO-08-71
Mónica Sousa CO-29-01
Mónica Teixeira PO-01-64; PO-03-45; PO-12-08; PO-12-43; PO-15-54
Monteiro Luis IMI-02-088; IMI-02-079
Mourão Carvalho PO-06-26; PO-06-27; PO-06-28; PO-12-11
Mrinalini Honavar CO-05-05; PO-08-59
Muiguel Neno PO-02-75
Murinello António IMI-02-091; PO-02-11; PO-05-12; PO-07-68
Mylene Costa CO-31-03; PO-11-63
N. Bernardino Vieira CO-48-01
Nadejda Potlog CO-01-02; PO-09-01
Nadia Simas PO-09-34; PO-13-60
Nádia Simas IMI-02-098; IMI-02-099; PO-14-12; PO-15-24; PO-16-36
Nadine Monteiro PO-02-44; PO-02-45; PO-05-35; PO-10-40; PO-13-37
Nadine Silva PO-07-42
Naima Andrade PO-01-49; PO-01-66; PO-06-58
Nandi Lopes Rodrigues CO-23-03; PO-07-73; PO-08-60
Narciso Oliveira IMI-02-014; PO-02-24; PO-10-19
Nariel Ferreira IMI-02-114; PO-01-61; PO-08-50; PO-16-33
Natacha Amaral PO-05-77
Natacha Silveira CO-44-05; IMI-03-070; PO-10-65
Natália Fernandes IMI-01-087; PO-01-20; PO-06-24; PO-08-04; PO-10-53; PO-12-26
Natália Lopes CO-21-05; IMI-02-039; IMI-02-043; PO-08-75; PO-16-30
Natália Oliveira IMI-02-063
Natália Silva CO-18-05; CO-41-03
Nataliya Nedzelska PO-16-71
Nataliya Poishchuk PO-04-31
Nataliya Polishchuk PO-05-28
Nayive Gomez PO-10-44
Nayive Gómez PO-14-09
Ndarlene Afonso CO-49-03
Nelia Marques IMI-03-111
Nélia Marques IMI-01-051; IMI-02-002; IMI-02-103; IMI-03-029; IMI-03-100; IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52; PO-09-03; PO-14-07
Nelson Barros CO-31-01; IMI-01-056; PO-07-33; PO-14-57
Nélson Barros PO-13-07

Nelson Camacho PO-03-69; PO-03-70; PO-14-40; PO-14-46
Nelson Cardoso PO-01-43; PO-01-72; PO-02-38; PO-02-51; PO-02-68; PO-11-25; PO-13-69; PO-13-73; PO-15-32
Nélson Cardoso PO-07-26; PO-16-60
Nelson Cunha PO-16-59
Nelson Domingues IMI-03-114; PO-01-64
Neuza Soares PO-09-84
Nicolas Gurruchaga IMI-01-002
Nicolás Gurruchaga IMI-02-001; IMI-02-067
Nicolau Domingos PO-01-49; PO-06-58
Nicole Pestana CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-018; IMI-01-041; IMI-01-082; IMI-03-014; IMI-03-097; IMI-03-112; PO-09-62; PO-11-37; PO-13-58; PO-14-20
Nídia Calado PO-10-59; PO-11-43; PO-14-24; PO-16-12
Nildelema Malaba CO-35-03; IMI-02-064; PO-01-45
Nordase Armando CO-43-03
Nuna Vieira PO-16-14
Nunes M. I PO-01-02
Nuno Almeida CO-19-04; IMI-01-062; PO-05-45; PO-16-06
Nuno Bernardino Vieira PO-01-39; PO-06-61; PO-07-35
Nuno Bettencourt PO-03-19
Nuno Bragança PO-12-49
Nuno Campos PO-14-54
Nuno Cardoso CO-09-04; CO-18-03; CO-46-03; IMI-02-077; PO-07-29; PO-07-30
Nuno Carreira PO-02-31; PO-04-76; PO-10-47; PO-14-74
Nuno Catorze IMI-01-038; PO-07-05; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17; PO-06-32
Nuno Cercas Pinheiro PO-02-16
Nuno Cordeiro Raposo PO-03-29
Nuno Correia PO-02-13
Nuno Craveiro IMI-01-117; IMI-03-116; PO-03-30; PO-10-11; PO-14-37; PO-15-37
Nuno Devesa PO-13-14
Nuno Ferreira PO-09-40
Nuno Ferreira Monteiro IMI-01-039; PO-03-08; PO-05-25; PO-07-54; PO-10-34; PO-12-22; PO-14-32
Nuno Gaibino PO-03-46; PO-05-30; PO-06-09; PO-09-68
Nuno Germano PO-10-08
Nuno Guerra IMI-02-051; IMI-02-104; PO-11-68
Nuno Jacinto CO-14-01; CO-23-01; PO-08-53; PO-08-55; PO-09-78; PO-16-59
Nuno Lopes IMI-01-038; PO-06-32; PO-07-05; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17
Nuno Lousada CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04
Nuno Martins PO-14-16
Nuno Monteiro CO-24-02; CO-38-04; IMI-03-118; PO-12-08; PO-12-35; PO-13-22; PO-13-75
Nuno Morais PO-12-27
Nuno Mourão Carvalho PO-01-52
Nuno Pelicano PO-16-18
Nuno Pinheiro PO-01-56; PO-11-11
Nuno Príncipe PO-13-16
Nuno Raposo CO-33-01; CO-33-02; PO-02-18; PO-13-23; PO-15-74
Nuno Reis Carreira CO-16-02; PO-10-28
Nuno Sá PO-01-60; PO-08-80
Nuno Salomé CO-07-06
Nuno Silva PO-06-47; PO-11-05
Nuno Teixeira PO-11-66
Nuno Veloso PO-13-69
Nuno Zarcos Palma IMI-02-059; IMI-03-038; PO-01-77; PO-12-03
Olga Gomes CO-22-02; IMI-02-054
Olga Gonçalves PO-02-05; PO-12-05; PO-14-01
Olga Jesus PO-03-44
Olga Pereira IMI-01-027; PO-01-15; PO-03-34; PO-05-08; PO-10-06; PO-12-46
Olga Sousa PO-05-02
Olinda Caetano CO-25-01; IMI-03-099; PO-04-52; PO-06-49; PO-10-62; PO-13-66
Orlando Mendes PO-15-65
P Sousa CO-36-04; CO-36-05
Palmira Coya CO-43-02
Paolo Iacomini PO-03-71
Parente Ana Rita CO-39-03; CO-43-03
Patrícia A. Mendes CO-17-01; IMI-01-035; IMI-03-081; PO-09-41
Patrícia Afonso Mendes CO-42-02; CO-43-06; CO-50-01; PO-03-22; PO-11-75
Patrícia Antunes PO-02-27
Patrícia Aranha CO-49-01; PO-04-20; PO-04-57; PO-09-10; PO-09-67; PO-10-39; PO-11-17
Patricia Cachado CO-37-03; PO-04-09; PO-08-16
Patrícia Cachado CO-07-05; CO-48-05; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-05-18; PO-07-16; PO-07-77; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46; PO-15-14
Patrícia Carneiro PO-03-33; PO-06-62
Patrícia Cavaco CO-34-04; CO-41-04
Patrícia Cipriano CO-03-01; CO-10-02; CO-12-03; CO-15-04; CO-16-06; PO-11-27; PO-16-22
Patrícia Dias CO-34-01; IMI-01-092; PO-08-48
Patrícia Fragata CO-14-04; PO-01-69
Patrícia Gomes Pereira CO-13-04; CO-23-05; PO-15-52
Patrícia Howell Monteiro PO-06-71; PO-08-69; PO-11-42; PO-13-80
Patrícia Lopes PO-04-08
Patrícia Lourenço CO-09-05; PO-03-60; PO-06-06; PO-13-46
Patrícia Marujo PO-01-01; PO-05-42
Patrícia Pacheco PO-04-40
Patricia Patrício PO-13-02
Patrícia Pereira PO-14-58
Patrícia Ribeiro CO-19-04
Patrícia Santos PO-01-29; PO-12-36
Patrícia Serpa Soares CO-25-02; CO-46-02; IMI-03-008; PO-01-13; PO-03-61; PO-05-51; PO-09-05
Patrícia Vasconcelos PO-03-14; PO-10-49
Patricia Vicente CO-30-03; IMI-01-031; PO-09-13; PO-10-36; PO-11-72

INDICE DE AUTORES

Patrícia Vicente CO-06-01; CO-06-02; CO-47-02; CO-47-03; CO-47-05; IMI-01-071; IMI-03-104; PO-08-42; PO-08-83; PO-08-85; PO-09-40; PO-10-46; PO-14-50; PO-15-42; PO-16-10

Patrício Costa PO-13-52

Paula Alcântara CO-08-02; IMI-01-111

Paula Baptista CO-21-04; PO-07-64; PO-10-57

Paula Bettencourt PO-15-72

Paula Bogalho PO-16-40

Paula Brandão IMI-02-084; PO-01-48; PO-04-50; PO-05-80; PO-06-31; PO-06-65; PO-10-18; PO-13-54; PO-13-56

Paula Castelões CO-31-02; PO-08-38; PO-13-03; PO-13-04; PO-13-13; PO-13-15

Paula Dias CO-08-03; PO-05-01

Paula Felgueiras CO-26-05; CO-27-02; CO-44-01; IMI-01-010; IMI-01-040; IMI-02-012; IMI-02-058; IMI-02-069; IMI-02-113; IMI-03-061; IMI-03-110; PO-02-04; PO-06-35; PO-07-78; PO-08-54; PO-09-51; PO-12-60; PO-16-23

Paula Ferreira IMI-01-012; IMI-02-005; PO-12-01

Paula Fonseca CO-32-02; PO-02-49; PO-10-60

Paula Lopes IMI-02-035; PO-04-30; PO-09-33; PO-10-10; PO-16-20

Paula Macedo CO-04-05; CO-28-02; PO-01-29; PO-03-05; PO-05-72; PO-09-69

Paula Manuel IMI-02-070; PO-07-06; PO-12-19

Paula Marques PO-13-77

Paula Moura Santos PO-09-47; PO-12-36

Paula Nascimento IMI-01-051; IMI-02-002; IMI-02-103; IMI-03-029; IMI-03-079; IMI-03-100; IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52; PO-09-03; PO-14-07

Paula Neves IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45

Paula Peixinho IMI-01-027; IMI-01-094; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-53; PO-03-34; PO-10-06; PO-12-46; PO-15-17; PO-16-29

Paula Pestana PO-08-49

Paula Pinto CO-06-04; PO-14-47

Paula Pona IMI-02-051; PO-11-68

Paula Ribeiro PO-03-01; PO-03-02; PO-03-03; PO-03-07

Paula Rocha IMI-01-106; PO-08-53; PO-08-55; PO-09-78; PO-16-59

Paulina Mariano CO-49-05; PO-11-53; PO-14-08

Paulo Almeida IMI-03-090; PO-01-50; PO-05-40; PO-12-67; PO-13-72; PO-14-75; PO-16-63

Paulo Alves PO-03-13

Paulo Andrade PO-04-27

Paulo Araújo CO-17-03

Paulo Avila PO-10-23

Paulo Ávila PO-02-54; PO-05-78; PO-08-57; PO-09-19; PO-10-42; PO-16-55; PO-16-64

Paulo Barreto IMI-02-042; PO-06-51

Paulo Batista IMI-03-083

Paulo Bettencourt CO-09-05; CO-17-03; IMI-02-101; PO-01-32; PO-03-51; PO-06-45; PO-07-53; PO-11-66

Paulo Cantiga IMI-02-052

Paulo Cantiga Duarte CO-22-05; IMI-01-009; IMI-01-112; IMI-01-114; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-02-089; IMI-03-022; PO-02-60; PO-04-01; PO-04-25; PO-06-05; PO-07-46; PO-07-56; PO-12-17; PO-15-15; PO-16-27

Paulo Carrola CO-21-05; PO-01-37; PO-05-71; PO-12-24; PO-13-34

Paulo César Roboredo CO-35-04; PO-14-76

Paulo César Robredo CO-49-04; PO-12-66

Paulo Coelho PO-06-07; PO-06-57

Paulo Ferreira CO-13-03; PO-06-39

Paulo Freitas PO-01-56; PO-03-49

Paulo Gouveia PO-03-55; PO-07-76; PO-10-62

Paulo Marçal PO-08-38

Paulo Martins CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15

Paulo Mergulhão PO-09-77; PO-11-33

Paulo Paiva PO-07-43; PO-08-74; PO-11-73

Paulo Pina CO-42-06

Paulo Ramalho PO-09-77; PO-11-33; PO-11-76

Paulo Reis Rodrigues PO-06-59

Paulo Roboredo CO-21-06; IMI-01-061; PO-07-40; PO-12-41; PO-15-58

Paulo Rodrigues PO-12-07

Paulo Santos IMI-02-030; IMI-02-032; IMI-02-117; PO-03-59; PO-09-31; PO-14-49

Paulo Subtil PO-07-19

Paulo Torres Ramalho PO-11-71

Paulo Zoé Costa CO-49-03; IMI-02-024; PO-10-45; PO-13-45; PO-15-65

Pawel Sierzputowski CO-08-02; IMI-01-111

Pedro Andrade PO-06-39

Pedro Antunes CO-13-01

Pedro Azevedo IMI-03-080; PO-05-14

Pedro Balza PO-09-74

Pedro Barros PO-12-05

Pedro Beirão CO-41-02; PO-01-44

Pedro Bernardo Almeida CO-08-03

Pedro Branquinho PO-14-18

Pedro Carneiro PO-06-63

Pedro Carreira IMI-02-035; PO-04-30; PO-09-33; PO-10-10; PO-16-20

Pedro Carrilho PO-14-38

Pedro Correia CO-40-03; PO-02-29

Pedro Correia Azevedo CO-20-01; CO-42-07; CO-47-01; PO-05-03; PO-13-26

Pedro Crespo PO-03-45

Pedro Cubelo Pereira PO-01-38

Pedro Cunha IMI-02-010; PO-02-46; PO-11-08; PO-12-23

Pedro Dionísio PO-14-10

Pedro Duarte IMI-02-078; PO-03-05; PO-03-65; PO-05-77; PO-08-84; PO-10-07

Pedro Febra PO-09-05

Pedro Figueiredo CO-16-03

INDICE DE AUTORES

Pedro Fortes CO-25-02; CO-32-01; CO-35-01; CO-46-02; IMI-02-009; IMI-02-066; PO-01-01; PO-05-41; PO-05-42; PO-05-43; PO-09-26; PO-14-62; PO-15-71

Pedro Freitas PO-01-30; PO-10-33; PO-10-67; PO-15-77

Pedro Gil CO-25-04

Pedro Gonçalves IMI-01-016; IMI-01-074; IMI-02-062; IMI-03-074; PO-01-58; PO-06-74; PO-08-82; PO-12-12; PO-15-68; PO-15-69; PO-16-69

Pedro Guimarães Cunha IMI-03-012

Pedro La Feria PO-07-51; PO-10-51

Pedro Lavado PO-03-71

Pedro Leuschner PO-06-29; PO-10-58; PO-10-73; PO-10-75

Pedro Lito IMI-02-068; IMI-03-042; IMI-03-096; PO-01-05; PO-03-36; PO-04-34; PO-07-02; PO-10-54

Pedro Lopes CO-08-05; CO-17-01; CO-20-02; CO-42-02; IMI-01-109; IMI-02-025; IMI-03-081; IMI-03-087; IMI-03-105; PO-02-58; PO-03-15; PO-09-41; PO-12-49; PO-13-05; PO-14-35; PO-15-21; PO-16-17; PO-16-43

Pedro Magalhães PO-05-31

Pedro Magno PO-03-13

Pedro Marques PO-04-18; PO-04-28; PO-06-25; PO-07-63

Pedro Marques da Silva PO-03-07; PO-14-40

Pedro Matos IMI-02-117; IMI-03-038; PO-14-49

Pedro Monteiro PO-03-22

Pedro Moraes Sarmento CO-09-06; PO-03-35; PO-14-13; PO-14-15

Pedro Morais Sarmento PO-14-14

Pedro Neves CO-09-04; CO-46-03; IMI-02-045

Pedro Neves Tavares IMI-01-042; IMI-02-074; IMI-02-076; PO-01-26; PO-02-33; PO-06-68; PO-07-60; PO-16-53

Pedro Neves Tavares Carla Falcão PO-15-76

Pedro Oliveira PO-10-16; PO-11-71; PO-12-47

Pedro Palma PO-03-56

Pedro Pereira Figueiredo PO-04-53; PO-14-61

Pedro Pessegueiro IMI-03-004

Pedro Pires PO-13-08

Pedro Póvoa CO-13-04; PO-14-58; PO-15-52

Pedro Raimundo PO-11-50

Pedro Ribeiro IMI-01-060; IMI-01-067; IMI-01-118; IMI-03-114; PO-01-64; PO-01-74; PO-13-41; PO-15-50

Pedro Ribeiro Santos IMI-03-103; PO-10-78; PO-13-55

Pedro Rodrigues PO-01-29; PO-11-66

Pedro Rodrigues Pereira PO-01-27

Pedro Rouxinol PO-06-67; PO-13-71; PO-15-44; PO-15-47

Pedro Santos CO-02-04; PO-03-57

Pedro Semedo PO-14-10

Pedro Silva PO-01-10; PO-01-11

Pedro Silva Neto PO-12-42; PO-15-41

Pedro Simões PO-04-46; PO-16-25

Pedro Souteiro PO-01-55; PO-12-38; PO-14-60

Pedro Tavares PO-02-56

Pedro Ventura CO-21-06; CO-35-04; CO-49-04; PO-12-41; PO-12-66; PO-14-76

Pedro Verão CO-05-04

Pedro Vieira CO-49-03; CO-49-04; IMI-01-061; IMI-02-024; IMI-03-037; PO-06-21; PO-07-40; PO-10-45; PO-12-66; PO-13-45; PO-14-76; PO-15-31; PO-15-57; PO-15-58; PO-15-65

Pedro Vita PO-08-10

Pere Roura CO-22-01

Pereira C IMI-02-033; PO-16-66

Pereira de Moura IMI-03-069; PO-08-27; PO-08-28; PO-08-29

Pestana Ferreira PO-09-45

Petra Margarida Pego CO-30-01; IMI-03-077; PO-07-12

Petra Monteiro IMI-01-012; PO-04-45; PO-13-03

Pilar Barbeito PO-06-54

Pilar Bernardo IMI-02-001; IMI-02-067

Pilar Brito Chaparro PO-13-43

Pilar Laguna CO-50-02

Pinheiro F PO-12-69

Pintassilgo Inês PO-13-65

Pinto I PO-12-69

Pires Geraldo CO-03-04; PO-06-10

Prado Lacerda PO-06-66; PO-08-68; PO-09-53

Presa Ramos CO-21-05; IMI-02-004; PO-01-37; PO-12-24; PO-13-34

Priscila Diaz IMI-01-087; PO-01-20; PO-03-21; PO-06-24; PO-08-04; PO-10-53; PO-12-26

Priscila Nejo CO-04-06; PO-09-36

Purificación Ortiz PO-11-20

R Elisabete PO-13-32

R. Palma Dos Reis PO-05-21; PO-05-07; PO-07-07

Rachel Silvério CO-02-03; CO-22-02; PO-01-33

Rachele Escoli PO-02-47

Rafael Estrada PO-09-02

Rafael Freitas IMI-01-008

Rafael Nascimento CO-15-02; CO-32-03; IMI-01-021; IMI-02-087; IMI-03-097; PO-01-23; PO-05-63; PO-07-14; PO-10-25; PO-11-70

Rafael Pinto Silva PO-07-38

Rafael Santos CO-49-01; PO-10-39; PO-11-17

Rafael Silva CO-06-06; CO-21-02; CO-35-03; IMI-02-064; IMI-03-068; PO-01-45; PO-01-74; PO-03-38

Rafael Velho PO-07-08; PO-08-02

Rafaela Araujo PO-11-60

Rafaela Araújo IMI-01-098

Rafaela Verissimo IMI-02-048; PO-04-75

Rafaela Verissímo PO-13-25

Rafaela Veríssimo CO-29-03; CO-29-06; CO-46-05; IMI-03-044; IMI-03-048; PO-04-79; PO-12-47; PO-12-55

Ramiro Carvalho PO-14-39

INDICE DE AUTORES

Ramon Viscaino CO-24-04

Raposo M PO-12-69

Raquel Almeida IMI-01-027; IMI-02-016; IMI-03-088; IMI-03-089; PO-02-36; PO-03-34; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46

Raquel Barreira PO-02-22

Raquel Batista PO-16-71

Raquel Cabral PO-03-65

Raquel Calisto CO-31-03; PO-03-06; PO-13-47; PO-13-50; PO-14-67

Raquel Carvalho IMI-03-024; PO-13-80

Raquel Cruz IMI-01-098; IMI-02-094; PO-11-60; PO-13-62; PO-15-41; PO-16-24

Raquel Domingos IMI-03-036; PO-03-12; PO-07-39; PO-13-22; PO-15-34

Raquel Dourado PO-16-18

Raquel Ervalho PO-06-54

Raquel Espadaneira CO-47-01

Raquel Faria CO-02-01; CO-02-02; CO-18-02; CO-43-02; CO-50-03; IMI-03-101; PO-02-37; PO-06-30

Raquel Ferreira PO-13-77

Raquel Garrote PO-11-40; PO-12-31; PO-14-11; PO-16-61

Raquel Gil CO-26-02; IMI-01-090; IMI-03-026; IMI-03-064; PO-05-26; PO-11-19; PO-12-65; PO-14-30

Raquel Gonçalves IMI-02-025; PO-02-58

Raquel Guilherme PO-08-33; PO-08-52

Raquel Lopes Ramos PO-08-10

Raquel López CO-17-06; CO-42-05; IMI-01-037; IMI-01-068; IMI-02-034; IMI-02-041; IMI-03-039; PO-08-15; PO-10-79; PO-13-78; PO-14-34

Raquel Maia CO-40-04; CO-40-06

Raquel Marçoa IMI-03-018; IMI-03-019; IMI-03-020; IMI-03-021

Raquel Martins CO-27-05

Raquel Monte PO-13-06

Raquel Moreira da Cruz CO-24-04; IMI-02-050

Raquel Nazareth PO-02-36

Raquel Pereira CO-19-05; PO-09-38

Raquel Pinho IMI-01-070; PO-06-67; PO-10-61; PO-16-34

Raquel Silva CO-05-02; CO-26-04; CO-28-06; IMI-01-050; IMI-03-028; IMI-03-032; PO-01-41; PO-04-70; PO-08-70; PO-14-23; PO-14-61; PO-16-08; PO-16-67

Raquel Sousa IMI-02-118; IMI-03-092; PO-06-76; PO-07-79; PO-09-54; PO-11-58; PO-16-46; PO-16-49

Raquel Sousa Almeida CO-30-01; IMI-03-077; PO-07-12

Renata Ribeiro CO-01-05; CO-30-05; PO-05-15

Renata Silva CO-41-03; IMI-01-086; IMI-03-109; PO-04-68; PO-13-72; PO-16-47

Renata Violante Silva CO-39-01; IMI-01-045; PO-11-05; PO-12-24; PO-13-34

Renato Costa Reis PO-06-71; PO-11-42; PO-13-80

Renato Cunha PO-01-43; PO-01-72; PO-02-68; PO-03-37; PO-04-23; PO-13-73; PO-15-32; PO-16-60

Renato Guerreiro CO-34-04; CO-41-04

Renato Maia Nogueira PO-16-50

Renato Saraiva IMI-01-042; IMI-02-038; IMI-02-074; IMI-02-076; IMI-02-114; IMI-03-047; PO-01-26; PO-01-61; PO-02-33; PO-04-33; PO-06-37; PO-06-68; PO-07-60; PO-08-50; PO-10-63; PO-14-04; PO-15-16; PO-15-22; PO-15-26; PO-15-76; PO-16-32; PO-16-33; P

Resfa García Font PO-13-43

Ricardo Almendra PO-11-13; PO-11-14

Ricardo Baptista CO-03-06; CO-23-02; PO-07-25; PO-09-16; PO-11-02; PO-15-20

Ricardo Correia de Abreu PO-02-52

Ricardo Duarte PO-01-46

Ricardo Fernandes CO-49-06; IMI-01-093; IMI-02-005; IMI-02-055; IMI-03-031; PO-09-66

Ricardo Franco PO-09-02

Ricardo Henriques PO-10-76

Ricardo Lavajo PO-04-53; PO-09-58; PO-10-80; PO-12-15; PO-12-16

Ricardo Lavajo Ana Pinho PO-12-13

Ricardo Maré PO-06-15

Ricardo Marinho CO-19-02; CO-27-05; CO-31-02; PO-04-24; PO-13-13; PO-13-15

Ricardo Marques IMI-01-055; IMI-01-118; IMI-03-084; PO-01-74; PO-02-16; PO-06-56; PO-11-72

Ricardo Meireles PO-07-58

Ricardo Miranda IMI-02-118; IMI-03-092; PO-06-76; PO-07-79; PO-09-54; PO-11-58; PO-16-46; PO-16-49

Ricardo Paquete Oliveira CO-08-04; PO-03-28; PO-11-35; PO-13-51

Ricardo Pinto Sousa PO-12-06

Ricardo Rodrigues PO-05-09

Ricardo Santos IMI-03-004

Ricardo Tjeng PO-04-34

Richard Azevedo PO-09-20

Rita Almeida PO-11-39

Rita Alves CO-20-04; CO-49-02

Rita Barata Moura IMI-01-051; IMI-02-002; IMI-02-103; IMI-03-029; IMI-03-100; IMI-03-108; IMI-03-111; PO-04-03; PO-07-52; PO-09-03; PO-14-07

Rita Barbosa IMI-01-093; IMI-02-005; IMI-03-031

Rita Bento PO-04-44; PO-11-38

Rita Calça IMI-03-104

Rita Carneiro Silva PO-09-42

Rita Carvalho PO-09-66

Rita Conde IMI-01-029

Rita Correia IMI-01-065; PO-10-05; PO-13-39

Rita Costa CO-03-05; CO-18-04; IMI-01-089; PO-02-42; PO-06-20; PO-08-13; PO-10-58; PO-10-75; PO-14-03

Rita Delgado Valente PO-14-29; PO-15-36

Rita Dias CO-02-01; CO-02-02; CO-18-02; CO-43-02; CO-50-03; IMI-03-101; PO-02-37

Rita Dutschmann CO-12-06; IMI-03-119; PO-08-63; PO-15-35; PO-16-28
Rita Elvas PO-04-34
Rita Faria PO-03-04; PO-11-24; PO-16-07
Rita Félix Soares IMI-01-046
Rita Fernandes CO-49-03; IMI-01-061; IMI-03-037; PO-07-40; PO-15-31; PO-15-57; PO-15-58
Rita Ferraz PO-04-27
Rita Gameiro CO-33-01; CO-33-02; PO-02-18; PO-03-29; PO-04-02; PO-09-50; PO-13-23; PO-15-74
Rita Gomes PO-04-41
Rita Gonçalves PO-12-18
Rita Grácio PO-01-61; PO-15-22
Rita Herculano PO-09-57
Rita Homem IMI-03-049; PO-02-65; PO-16-58
Rita Ilhão Moreira CO-06-05; CO-07-01; PO-05-38; PO-11-26; PO-11-65; PO-14-43
Rita Ivo CO-02-04; PO-03-57; PO-10-78; PO-13-55
Rita Jorge CO-37-01; PO-13-42
Rita Lopes IMI-02-019; IMI-03-026
Rita Magalhães IMI-01-044; IMI-01-095; IMI-03-001; PO-06-38; PO-13-61
Rita Magano CO-35-03; IMI-02-064; PO-01-45
Rita Martins IMI-02-057
Rita Matos IMI-01-044; IMI-01-095; PO-06-38; PO-09-39; PO-13-61
Rita Meireles CO-21-04; PO-07-64; PO-10-57
Rita Mendes CO-16-04; CO-24-05; CO-38-04; PO-12-06
Rita Moça PO-07-41; PO-11-76; PO-16-65
Rita Nascimento IMI-03-116
Rita Nogueira CO-42-02
Rita Nortadas CO-13-01; CO-47-01; IMI-03-080; PO-13-26
Rita Paiva PO-03-16; PO-10-44
Rita Parente PO-14-24
Rita Paulos PO-01-16
Rita Pimenta PO-12-68
Rita Pinheiro Torres PO-04-08
Rita Pocinho CO-32-06; PO-11-26
Rita Prayce CO-34-03; CO-39-04; PO-08-24; PO-13-70
Rita Pryce PO-16-31
Rita R. Calça CO-16-05
Rita Rei Neto PO-02-22; PO-13-03; PO-13-04
Rita Reis CO-02-04; IMI-03-046; PO-03-57; PO-12-29
Rita Resende PO-02-02; PO-09-20; PO-09-80; PO-10-05
Rita Rocha IMI-02-074; PO-02-33; PO-07-60; PO-15-76; PO-16-32
Rita Rodrigues IMI-01-041; IMI-03-112; PO-11-37; PO-13-58
Rita Santos CO-16-02; PO-02-13; PO-02-31; PO-09-52; PO-10-47
Rita Saúde Conde IMI-03-046; PO-12-29
Rita Silva CO-20-06; CO-26-02; IMI-02-020; IMI-02-029; PO-02-30; PO-05-37; PO-06-53; PO-07-47; PO-10-74; PO-15-13; PO-16-30
Rita Silvério IMI-02-035; PO-04-30; PO-09-33; PO-10-10; PO-16-20
Rita Soares PO-14-46
Rita Tourais Martins PO-12-45
Rita Valério Alves CO-31-05
Rita Vaz CO-23-05
Rita Vieira PO-11-70
Robert Badura PO-02-63; PO-02-75
Roberto Palma Dos Reis CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04; PO-14-38
Roberto Pestana Silva PO-01-27
Rodolfo Abreu PO-14-40; PO-14-46
Rodolfo Pereira PO-03-03
Rodrigo Alves CO-21-06; PO-12-41
Rodrigo Leão CO-11-05; CO-32-06; PO-05-39; PO-08-87; PO-14-43
Rodrigo Maia Alves CO-49-03; CO-49-04; IMI-01-061; IMI-02-024; PO-07-40; PO-10-45; PO-12-66; PO-13-45; PO-14-76; PO-15-31; PO-15-58; PO-15-65
Rodrigo Moraes CO-19-06; PO-03-49; PO-04-67; PO-08-39; PO-13-64; PO-16-42
Rodrigo Nazário Leão IMI-03-079; PO-03-07; PO-11-26
Rodrigo Valido IMI-01-009; IMI-01-112; IMI-01-114; IMI-02-089; PO-04-25; PO-07-56; PO-12-17; PO-15-15; PO-16-27
Rodrigues A IMI-02-033; PO-07-10; PO-16-66
Rodrigues Pereira PO-06-52; PO-14-71
Rogéria Matos IMI-01-078; PO-02-74; PO-14-42
Rogério Corga Silva CO-16-07; CO-20-03; CO-23-06; PO-12-27
Rogério Ferreira CO-42-02; PO-11-75
Rogério Teixeira CO-06-06; PO-05-27
Romeu Pires PO-02-41; PO-05-55
Rosa Alves CO-22-04; CO-37-02; IMI-03-080; PO-07-48; PO-11-74; PO-15-06
Rosa Amorim IMI-01-048; IMI-02-105; IMI-03-067; IMI-03-120; PO-01-09; PO-03-24; PO-04-73; PO-05-32; PO-05-68; PO-06-13; PO-06-14; PO-07-57; PO-08-06; PO-08-08; PO-09-32; PO-13-67; PO-14-27; PO-15-03; PO-15-79
Rosa Cardoso IMI-01-016; IMI-01-019; IMI-02-013; IMI-02-062; IMI-03-052; IMI-03-074; PO-01-58; PO-08-82; PO-16-69
Rosa Carvalho CO-33-06; PO-08-46; PO-09-39; PO-11-47; PO-13-74
Rosa Ferreira PO-04-79; PO-09-07; PO-11-59; PO-12-09; PO-13-25
Rosa Jorge CO-03-04; CO-48-04; IMI-02-054; PO-01-75; PO-06-10; PO-09-85; PO-12-42
Rosa Leonardo Costa CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Rosa Macedo Carvalho CO-19-05; IMI-03-066; PO-06-64; PO-14-05
Rosa Maria PO-07-23; PO-16-14; PO-16-15
Rosa Mendes PO-03-74; PO-09-57
Rosa Ribeiro IMI-01-076

INDICE DE AUTORES

Rosa Sá CO-40-03; IMI-02-025; PO-02-29; PO-02-58
Rosa Silva CO-49-05; PO-11-53; PO-14-08
Rosana Dos Santos IMI-01-091
Rosário Araújo IMI-01-019; IMI-01-069; IMI-01-074; IMI-02-013; IMI-03-003; IMI-03-052; PO-05-56; PO-06-74; PO-10-55; PO-12-12; PO-15-68; PO-15-69
Rosário Ginga IMI-01-097; PO-11-44; PO-11-77
Rosas Vieira IMI-02-031; PO-02-22
Rúben Garcia PO-03-56
Ruben Reis IMI-02-051; IMI-02-104; PO-11-68; PO-14-73
Rúben Rodrigues PO-12-51
Rubina Miranda PO-03-39
Rúdi Fernandes PO-07-56
Rui Alexandre PO-15-27
Rui Almeida IMI-01-085; IMI-03-051; IMI-03-075; PO-01-56; PO-03-14; PO-03-24; PO-05-06; PO-09-60; PO-11-29; PO-11-61
Rui André Rodrigues CO-08-03
Rui Araújo CO-45-02
Rui Assis IMI-01-038; PO-06-32; PO-07-05; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17
Rui Baptista IMI-01-033
Rui Bergantim IMI-01-110; PO-10-50
Rui Castro CO-21-04
Rui Coelho PO-04-37
Rui Costa CO-31-01; CO-44-04; IMI-02-028; PO-08-09; PO-09-13
Rui Couto CO-43-04
Rui Cruz Ferreira CO-07-01; PO-05-38
Rui Fernandes PO-13-40
Rui Ferreira CO-18-06; IMI-01-034; IMI-03-091; PO-03-76; PO-05-20; PO-06-34; PO-10-71; PO-14-26; PO-14-39; PO-14-52
Rui Filipe Lobo CO-17-01
Rui Garçes PO-05-34
Rui Garcia IMI-02-093; PO-14-36; PO-16-21; PO-16-56
Rui Gomes CO-39-02; IMI-01-043; PO-16-02
Rui Guerreiro PO-14-10
Rui Loureiro IMI-02-087
Rui M M Victorino CO-23-02; PO-15-20
Rui M. M. Victorino CO-14-01; CO-23-01; PO-06-71; PO-08-69; PO-11-42; PO-13-80; PO-16-38
Rui Magalhães CO-18-05; PO-08-01
Rui Malheiro PO-01-10; PO-01-11; PO-08-20; PO-12-68; PO-16-75
Rui Manuel Martins Victorino PO-09-78; PO-16-59
Rui Marques CO-01-04; CO-42-06
Rui Marques Costa CO-45-03
Rui Matono PO-01-43; PO-01-72; PO-02-68; PO-11-55
Rui Matos PO-11-45; PO-11-64
Rui Mm Victorino CO-03-06; PO-08-53; PO-08-55; PO-11-03
Rui Môço CO-13-03; IMI-02-022; IMI-03-025; PO-04-19; PO-06-03; PO-11-63
Rui Morais CO-06-01; CO-06-02; PO-08-83; PO-08-85; PO-10-36; PO-11-72
Rui Moreira Marques PO-15-78
Rui Morias PO-14-50
Rui Mota CO-04-05
Rui Osório CO-12-05; PO-04-37
Rui Pedro Costa PO-14-57
Rui Pedrosa PO-11-31; PO-11-39
Rui Pereira PO-04-37
Rui Pina CO-42-02; CO-43-06; CO-50-01; PO-03-22; PO-11-75
Rui Pontes Dos Santos CO-06-04
Rui Rolo CO-25-01
Rui Santos CO-37-01; PO-12-61; PO-13-42; CO-50-01
Rui Saramago CO-47-01
Rui Sarmento e Castro IMI-02-047
Rui Silva IMI-03-004
Rui Sousa PO-14-47
Rui Terras PO-10-74
Rui Terras Alexandre CO-20-06; IMI-02-011; IMI-03-009; PO-05-55; PO-06-53; PO-07-33; PO-11-07
Rui Valente CO-29-01; IMI-02-060; IMI-03-006; PO-09-49; PO-12-58; PO-14-39
Rui Victorino CO-16-01; PO-04-43; PO-07-36; PO-11-02; PO-14-18
Rute Aguiar IMI-03-004
Rute Alves CO-50-03; PO-01-25
Rute Couto PO-05-05
Rute Ferreira PO-06-03
Rute Lopes Caçola CO-13-03; PO-06-07
Rute Morais Ferreira PO-03-42; PO-13-48
Ryan Costa Silva PO-04-55
S. Borges PO-05-21
S. Freitas PO-05-21
S. Gouveia PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
Sabela Iglesias PO-05-67; PO-16-16
Salomé Pereira PO-05-14
Salvador Morais Sarmento PO-04-47
Samaher Tannira PO-14-61
Samuel Fernandes PO-09-10; PO-09-67
Samuel Fonseca PO-01-25; PO-07-17; PO-10-24; PO-11-15; PO-12-21; PO-15-73
Sandra Alves PO-07-28
Sandra Alves Morais CO-46-04; IMI-01-084
Sandra Amorim IMI-01-017
Sandra Barbosa PO-05-50
Sandra Correia IMI-02-106; PO-08-41
Sandra I. Correia PO-15-11
Sandra Marini PO-08-52
Sandra Marques PO-15-62
Sandra Martin IMI-03-076; PO-11-09
Sandra Moreira PO-05-79
Sandra Silva CO-31-03

Sandra Simões IMI-01-027; PO-03-34; PO-10-06; PO-12-46
Sandra Tavares IMI-03-005; PO-04-60; PO-04-62; PO-09-83; PO-16-04
Sandrina Machado PO-01-73; PO-07-02; PO-10-37
Sandro Gaspar PO-15-35
Santos Adriana IMI-02-079; IMI-02-088; IMI-02-091; PO-02-11; PO-05-12; PO-07-68
Santos Henrique PO-13-65
Santos Pereira Sílvia PO-06-46; PO-13-65
Sara Abreu PO-10-58; PO-10-75; PO-14-03
Sara Almeida IMI-03-119; PO-08-63
Sara Almeida Pinto CO-49-06; IMI-02-006; IMI-02-055; PO-02-77; PO-06-77; PO-12-55
Sara Almeida Ramalho CO-20-01; CO-42-07; PO-05-03
Sara Alves PO-03-21
Sara Amaral CO-42-02
Sara Augusto PO-06-75; PO-14-72
Sara Beça PO-04-29; PO-06-33; PO-13-57
Sara Borges Costa CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Sara Brandão Machado CO-01-04; CO-42-06; IMI-01-106; PO-15-78
Sara Cameira Croca IMI-01-007; IMI-03-062; PO-11-23
Sara Camões IMI-03-025; PO-05-73; PO-13-50; PO-14-67
Sara Campos Silva IMI-02-002; IMI-02-103; PO-09-03
Sara Cardoso PO-02-78
Sara Casanova PO-05-10; PO-11-18
Sara Castelo Branco CO-07-05; CO-13-03; CO-37-03; IMI-02-092; IMI-03-111; PO-03-42; PO-04-09; PO-04-29; PO-05-18; PO-05-57; PO-05-74; PO-06-33; PO-07-16; PO-07-34; PO-08-16; PO-08-45; PO-11-36; PO-16-07; PO-16-19
Sara Castro PO-15-05
Sara Coelho PO-04-18; PO-04-28; PO-06-25; PO-07-63
Sara Costa PO-03-66; PO-08-03; PO-09-38; PO-13-49
Sara Croca PO-03-41; PO-06-23; PO-12-10
Sara Custódio Alves CO-15-03; PO-02-72; PO-04-74
Sara Donato CO-14-06; CO-27-01; PO-15-56
Sara Faria PO-14-52
Sara Ferraz PO-13-03
Sara Ferreira CO-09-05; PO-04-22; PO-05-24; PO-06-45; PO-09-64; PO-10-29; PO-16-18
Sara França CO-22-06; PO-13-44
Sara Freire IMI-02-040; IMI-02-098; IMI-02-099; PO-04-49; PO-04-51; PO-08-26; PO-09-34; PO-11-46; PO-13-59; PO-13-60; PO-14-12; PO-14-28; PO-15-24; PO-16-36
Sara Freitas CO-33-01; IMI-01-032; IMI-01-103; IMI-02-010; IMI-03-055; PO-01-06; PO-02-18; PO-02-19; PO-02-32; PO-03-47; PO-05-52; PO-07-59; PO-09-07; PO-09-14; PO-10-17; PO-11-08; PO-13-23; PO-15-74
Sara Ganhão IMI-02-101
Sara Gomes PO-01-56
Sara Guerreiro Castro PO-12-51; PO-12-52
Sara Irina Almeida CO-12-06; PO-01-53; PO-16-28
Sara Lança IMI-03-078
Sara Leitão IMI-01-035; IMI-02-007; IMI-02-110; IMI-03-069; PO-12-02
Sara Lino PO-12-18
Sara M. Rocha IMI-01-076; IMI-02-116; PO-09-59
Sara Macedo PO-01-64; PO-03-45; PO-12-08; PO-12-43; PO-15-54
Sara Machado CO-02-03; CO-22-02; PO-01-33; PO-03-58; PO-06-40
Sara Marote CO-15-06; IMI-02-042; PO-02-03; PO-05-47; PO-09-04; PO-11-01; PO-11-04
Sara Mendonça Freitas CO-33-02; PO-10-13; PO-10-14
Sara Montezinho PO-03-62; PO-06-50
Sara Moreira Pinto CO-13-03
Sara Nicolau CO-48-02; IMI-02-100; PO-02-70; PO-04-54; PO-09-55; PO-12-64; PO-16-52; PO-16-76
Sara Oliveira IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-07-77; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46
Sara Pedrosa PO-13-04
Sara Pereira CO-09-04; CO-46-03; PO-15-64
Sara Pinheiro IMI-02-095
Sara Pinheiro Nascimento PO-12-25
Sara Pinto CO-48-04; IMI-01-084; IMI-02-050; PO-01-78; PO-06-42; PO-08-88; PO-12-09; PO-12-42; PO-15-07
Sara Pipa PO-13-04; PO-15-55
Sara Pires CO-15-01
Sara Póvoa PO-14-60
Sara Querido PO-03-59
Sara Raimundo CO-25-03; IMI-02-008; PO-01-37; PO-05-71; PO-08-01
Sara Ramalho PO-02-65
Sara Rodrigues PO-10-16
Sara Santos CO-15-06; PO-02-03; PO-05-47; PO-09-04; PO-11-01; PO-11-04
Sara Sarmento CO-14-06; PO-04-55; PO-15-56
Sara Silva PO-04-03; PO-07-52
Sara Sintra CO-20-02; CO-28-06; CO-39-06; CO-44-06
Sara Úria CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04; CO-13-06; CO-27-01; CO-48-03; PO-01-70; PO-10-72; PO-11-54; PO-13-30; PO-13-31; PO-13-79; PO-14-38; PO-14-48; PO-15-43; PO-15-46; PO-15-48
Sara Valente CO-47-01
Sara Viana PO-10-59; PO-11-43; PO-14-24; PO-16-12
Sara Vieira Silva CO-18-04
Sara Vilas Boas CO-08-05; IMI-03-105; PO-03-15; PO-14-35
Sara Vilas Bôas PO-12-49
Saraiva da Cunha CO-40-03; IMI-02-025; PO-02-29; PO-02-58
Selmira Faraldo PO-01-48; PO-06-65
Sérgio Baptista IMI-01-091; PO-03-35
Sérgio Borges PO-05-32; PO-05-68

INDICE DE AUTORES

Sérgio Campos PO-03-24
Sérgio Gaião PO-06-45
Sérgio Galo CO-45-05; PO-02-51
Sergio Lascasas PO-08-12
Sérgio Lascasas IMI-01-049; IMI-03-035; PO-09-83; PO-16-04; PO-16-39
Sérgio Laskasas PO-04-60
Sérgio Morais Lascasas PO-04-56
Sérgio Pina CO-01-03; CO-12-01; PO-01-22
Sérgio Pinto PO-04-20; PO-04-21; PO-06-79; PO-11-56
Sergio Santos Pinto PO-04-36
Sérgio Sebastião CO-47-01
Sérgio Silva PO-04-18; PO-04-22; PO-04-28; PO-06-25; PO-06-45; PO-07-63; PO-09-64
Serrano Ana IMI-02-091; PO-02-11; PO-05-12
Sheila Coelho IMI-01-058; IMI-01-065; PO-01-59; PO-02-02; PO-09-20; PO-10-70
Sheila Jamal IMI-03-005; PO-08-12
Sheila Koch Jamal IMI-01-049; IMI-03-035; PO-04-56; PO-04-60; PO-16-39
Sheilla Coelho IMI-03-065
Sidarth Pernencar PO-14-04
Silva A IMI-02-033; PO-16-66
Silva A. M PO-01-02
Silva D PO-07-10
Sílvia Boaventura CO-34-02
Sílvia Correia PO-06-33
Sílvia Lourenço CO-45-05; PO-02-51; PO-07-26
Sílvia Monteiro PO-03-22
Sílvia Nunes PO-05-04; PO-09-61; PO-15-64
Sílvia Oliveira PO-05-01
Sílvia Paredes IMI-02-014; PO-02-24; PO-10-19
Sílvia Rodrigues IMI-01-097; PO-11-44; PO-11-77
Sílvia Silva PO-02-16
Silvina Miguel PO-07-49; PO-16-62
Simão Rodeia IMI-03-036; PO-07-39; PO-15-34
Soares M PO-12-69
Socorro Piñero PO-01-65; PO-16-13
Sócrates Naranjo PO-10-59; PO-16-12
Socrates Vargas Naranjo PO-14-24
Sofia Amálio CO-01-03; CO-12-01; PO-01-22
Sofia Barbosa PO-04-09
Sofia Barreira PO-14-18
Sofia Barroso PO-06-52; PO-09-65
Sofia Brazão CO-05-03; PO-15-45; PO-16-17
Sofia Caridade IMI-01-020; IMI-01-044; IMI-01-095; IMI-03-001; PO-06-38; PO-09-39; PO-13-61
Sofia Carvalhana PO-09-36
Sofia Carvalho PO-14-39
Sofia Cerqueira CO-01-06; CO-02-06
Sofia Cochito PO-11-35
Sofia Coelho PO-04-07; PO-06-17
Sofia Correia PO-06-29; PO-06-39
Sofia Costa Martins PO-04-14; PO-08-07; PO-09-25
Sofia Couto da Rocha CO-50-06; PO-16-26; PO-16-74
Sofia Duque PO-05-13; PO-10-43
Sofia Escórcio PO-01-46
Sofia Esperança CO-25-01; PO-01-07; PO-06-02; PO-07-66; PO-10-32; PO-12-56; PO-13-38; PO-13-52
Sofia Ferreira CO-16-04; CO-24-05
Sofia Figueiredo PO-05-02; PO-12-05
Sofia Furtado CO-07-01; CO-34-03; PO-11-65; PO-14-43
Sofia Gomes Brazão PO-08-72; PO-12-02
Sofia Gonçalves IMI-01-021; PO-01-23; PO-03-39; PO-06-21; PO-06-22; PO-07-14
Sofia Gouveia PO-07-26
Sofia Homem de Melo PO-03-51
Sofia Jardim CO-32-06; PO-02-14; PO-09-21; PO-11-65
Sofia Jordão CO-36-06; CO-45-01; PO-02-59; PO-03-42
Sofia Jorge PO-03-64; PO-03-67; PO-03-68
Sofia Lázaro Mendes PO-14-44
Sofia Martins IMI-03-118; PO-12-35; PO-13-75
Sofia Mateus PO-02-55; PO-08-09; PO-14-66
Sofia Mendes CO-48-02; IMI-03-113; PO-02-67; PO-03-32; PO-06-73; PO-08-25; PO-10-11; PO-16-52
Sofia Monteiro CO-32-04; CO-43-05; IMI-03-093; PO-02-52; PO-03-42; PO-13-48
Sofia Moreira Silva PO-09-22
Sofia Narciso PO-04-20; PO-04-21; PO-06-79; PO-11-56
Sofia Nicola PO-12-13
Sofia Nóbrega CO-46-01; IMI-01-021; IMI-02-087; PO-01-23; PO-05-63; PO-07-14; PO-09-74; PO-10-25; PO-11-69; PO-11-70; PO-13-18; PO-13-20
Sofia Pereira PO-09-79
Sofia Pinheiro CO-33-05
Sofia Pinto Correia CO-03-02; CO-22-06; PO-01-38; PO-02-59; PO-06-07; PO-13-44; PO-13-47; PO-13-48
Sofia Ramos Gonçalves PO-09-74
Sofia Ribeiro PO-08-44; PO-16-44
Sofia Rodrigues PO-11-27; PO-12-50
Sofia Rolo IMI-02-018
Sofia Salvo CO-16-02; PO-02-13; PO-02-31; PO-04-76; PO-05-59; PO-07-13; PO-10-23; PO-10-47; PO-14-74; PO-15-80
Sofia Santos IMI-01-101
Sofia Silva IMI-01-119; PO-01-80
Sofia Sobral PO-01-62
Sofia Tavares PO-09-56; PO-11-76; PO-16-65
Sofia Torres IMI-01-046
Sofia Vitor PO-09-47
Sofia Xavier IMI-01-103; IMI-02-010; PO-01-06; PO-11-08
Sofia Xavier Pires CO-12-02; IMI-02-018; PO-12-23
Soles Isabel CO-43-03

Soles Isabel e Escoto Vera CO-39-03
Sonia Almeida PO-04-69
Sónia Almeida PO-01-16; PO-06-12; PO-10-21; PO-13-63
Sonia Cabral CO-31-02; PO-13-13; PO-13-15
Sonia Canadas CO-49-04; PO-12-66; PO-14-76
Sónia Canadas CO-21-06; CO-49-03; IMI-01-061; IMI-03-037; PO-07-40; PO-12-41; PO-15-31; PO-15-57; PO-15-58; PO-15-65
Sónia Carvalho CO-39-01; IMI-02-020; PO-02-30; PO-06-47; PO-07-15; PO-09-42; PO-16-30
Sonia Chan IMI-01-042; IMI-02-076; PO-01-26; PO-02-33; PO-15-76; PO-16-53
Sónia Chan PO-02-56; PO-16-32; PO-16-63
Sónia Coelho PO-01-73; PO-10-37; PO-10-64
Sónia Costa PO-01-65; PO-16-13
Sónia Cunha Martins PO-08-65
Sónia Farinha Silva CO-16-05
Sónia Gonçalves CO-12-04
Sónia Lourenço PO-04-31
Sónia Moreira PO-04-04; PO-07-70; PO-12-28
Sónia Nobrega PO-11-01
Sónia Passô PO-13-23
Sónia Santos IMI-02-115; PO-03-09
Sónia Serra PO-03-33
Soraia Teixeira PO-11-31
Steeve Rosado CO-10-05; CO-29-01; IMI-02-060; IMI-03-006; PO-09-49; PO-12-58
Stella Cortes Verdasca PO-01-01; PO-02-66; PO-04-65
Stella Verdasca PO-10-04
Stepanka Betkova IMI-02-002
Susana Amaral CO-17-03; PO-01-55; PO-12-38
Susana Barbosa CO-26-05; CO-27-02; CO-38-06; CO-44-01; IMI-01-010; IMI-01-040; IMI-02-012; IMI-02-058; IMI-02-069; IMI-02-086; IMI-02-113; IMI-03-061; IMI-03-110; PO-02-04; PO-06-35; PO-07-78; PO-08-54; PO-09-51; PO-12-60; PO-13-78; PO-16-23
Susana Boavida PO-01-62; PO-04-20
Susana Cavadas PO-01-50; PO-01-78; PO-08-88; PO-09-85; PO-12-67
Susana Conceição IMI-01-063; IMI-01-080
Susana Costa CO-11-05; PO-05-39
Susana Cunha IMI-03-057; PO-03-04; PO-05-69; PO-05-70; PO-06-36
Susana Escária PO-01-43; PO-01-72; PO-02-51; PO-02-68; PO-03-37; PO-04-23; PO-07-26; PO-13-73; PO-15-32; PO-16-60
Susana Ferreira PO-05-24; PO-10-29; PO-14-60
Susana Franco IMI-01-027; IMI-02-016; PO-01-15; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-12; PO-02-35; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-08; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46; PO-14-63; PO-14-66
Susana Gomes IMI-01-008; IMI-01-021; PO-03-39
Susana Heitor IMI-03-075; PO-09-60; PO-11-61
Susana Livramento PO-04-31; PO-05-28
Susana Longo CO-11-02; CO-11-03; CO-11-04
Susana Magalhães CO-18-06; IMI-03-091; PO-03-76; PO-10-71
Susana Marques PO-01-30; PO-10-33; PO-15-77
Susana Marques de Sousa IMI-01-107; IMI-03-015; PO-04-32; PO-07-18; PO-16-62
Susana Oliveira CO-47-06; PO-08-36; PO-13-11; PO-13-12
Susana Peres PO-04-53
Susana Pina PO-06-01
Susana Quintão CO-06-01; CO-06-02; PO-14-50
Susana Sousa CO-07-06; PO-01-24; PO-03-18; PO-03-19; PO-03-20; PO-07-49; PO-09-15
Svitlana Hrihoryan IMI-01-052; IMI-02-049; PO-04-71; PO-15-33
T. Góis PO-05-07; PO-05-21; PO-07-07
Tamar Núñez PO-10-59; PO-16-12
Tamar Nunez Garcia PO-11-43; PO-14-24
Tânia Afonso IMI-03-011; IMI-03-054; PO-02-48; PO-14-30
Tânia Batista IMI-02-070; PO-07-06; PO-12-19
Tania Gago IMI-02-037; PO-02-49
Tânia Gago PO-07-20; PO-07-61; PO-08-77
Tania Gaspar PO-01-09
Tânia Gaspar CO-05-01
Tânia Sales Marques CO-13-02; CO-28-01; PO-05-61; PO-10-22; PO-14-64; PO-15-29; PO-15-30
Tânia Sequeira PO-13-08
Tânia Strecht CO-15-03; PO-02-72; PO-04-74
Tânia Vassalo CO-49-01; PO-01-14; PO-02-08; PO-06-48; PO-08-31
Tatiana Costa Pires IMI-03-047
Tatiana Cunha Pereira CO-50-01; IMI-03-032
Tatiana Ferreira e Ferreira CO-35-05; IMI-01-024; PO-10-35
Tatiana Fonseca PO-14-01
Tatiana Henriques PO-10-09
Tatiana Louro IMI-02-060
Tatiana Pires PO-01-28; PO-01-61; PO-06-37; PO-09-06; PO-15-16; PO-15-22
Tatiana Salazar IMI-01-047; PO-07-30
Teixeira Veríssimo CO-17-01; CO-42-02; IMI-01-035; IMI-03-081; PO-09-41; PO-13-05; PO-16-17
Telma Cóias PO-08-55
Telma Elias CO-12-04
Telma Pereiro IMI-01-106; PO-01-17; PO-01-18; PO-15-78
Telma Pereirò PO-03-58; PO-06-40
Telo Faria PO-02-66; PO-04-65; PO-07-01; PO-10-04
Temudo A PO-12-69
Teresa Alfaiate PO-10-71
Teresa Alves Pereira IMI-03-045; PO-08-13; PO-08-14
Teresa Baptista PO-04-53
Teresa Bastos CO-25-06
Teresa Bernardo CO-26-03; IMI-03-075; PO-01-49; PO-01-51; PO-03-14; PO-09-60
Teresa Branco PO-01-41
Teresa Carolino PO-11-70
Teresa Costa PO-06-34

INDICE DE AUTORES

Teresa Cruz PO-07-28
Teresa Dias PO-13-42
Teresa Faria IMI-01-008; PO-01-23
Teresa Fernandes PO-08-84
Teresa Ferreira CO-44-05; CO-48-05; IMI-01-003; PO-04-09; PO-05-14; PO-06-67; PO-10-61
Teresa Filomena IMI-01-059; PO-08-62; PO-08-76
Teresa Garcia CO-07-05; CO-10-04; CO-37-03; CO-48-05; IMI-01-034; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-03-69; PO-03-70; PO-04-09; PO-05-18; PO-07-16; PO-07-77; PO-08-16; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46; PO-15-14
Teresa Gomes CO-25-03
Teresa Mendonça CO-14-04; PO-01-25; PO-01-69; PO-05-64; PO-07-17; PO-10-24; PO-11-15; PO-12-21; PO-15-73
Teresa Mesquita CO-29-01; IMI-02-060
Teresa Padrão IMI-01-027; IMI-02-016; PO-01-15; PO-02-12; PO-02-35; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-08; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46; PO-14-63; PO-14-66
Teresa Pimentel IMI-02-014; PO-02-24; PO-10-19
Teresa Pinho CO-08-03; IMI-01-085
Teresa Pinto CO-07-06; IMI-01-107; IMI-03-015; PO-01-24; PO-03-18; PO-03-19; PO-03-20; PO-04-32; PO-07-18; PO-07-49; PO-09-15; PO-09-71; PO-09-72; PO-16-62
Teresa Piteira PO-01-10; PO-01-11
Teresa Plancha Silva CO-23-03; PO-07-73; PO-08-60
Teresa Rodrigues CO-22-05; IMI-02-080; IMI-02-081; IMI-02-082; IMI-03-022; PO-06-05
Teresa Romão CO-33-04; CO-37-05; PO-15-09
Teresa Salero CO-42-04
Teresa Santos PO-01-05; PO-07-24; PO-14-33
Teresa Sequeira IMI-01-076; IMI-02-116; PO-09-59
Teresa Shiang IMI-03-018; IMI-03-019; IMI-03-020; IMI-03-021
Teresa Souto Moura CO-13-05; PO-10-60
Teresa Tavares CO-32-04; IMI-02-022; PO-06-03; PO-06-39; PO-11-63
Teresa Taveira PO-10-65
Teresa Vaio CO-32-05; PO-02-01
Teresa Vilaça Santos IMI-02-105; IMI-03-120; PO-07-57; PO-08-06; PO-08-08; PO-15-10
Teresina Amaro CO-05-05; PO-07-69
Teresina Amaro e Rui Araújo CO-36-06
Tereza Patricia PO-16-49
Tereza Patrícia IMI-02-118; IMI-03-092; PO-06-76; PO-07-79; PO-09-54; PO-11-58; PO-16-46
Tereza Veloso IMI-03-004; PO-03-37; PO-04-23; PO-11-25; PO-13-69
Thayanna Capitanio PO-08-24
Tiago Abreu IMI-01-004
Tiago Almeida PO-01-25; PO-10-24
Tiago Alves IMI-01-059; IMI-03-086; PO-02-62; PO-06-44; PO-08-62; PO-08-76; PO-16-03
Tiago Borges PO-09-64
Tiago Camacho CO-35-06; IMI-03-040; PO-01-56; PO-09-11
Tiago Cardoso PO-05-30
Tiago Dias PO-05-02
Tiago Esteves Rodrigues PO-16-73
Tiago Fernandes CO-03-02; CO-31-04; CO-45-01; IMI-01-011; IMI-03-093; PO-02-52; PO-11-36; PO-12-57; PO-13-35
Tiago Ferreira CO-37-02; PO-07-48; PO-11-74; PO-15-06
Tiago Guerreiro IMI-02-052; PO-08-32; PO-11-41; PO-13-68
Tiago Judas CO-22-04; CO-37-02; IMI-03-080; PO-07-48; PO-08-40; PO-11-74; PO-15-06
Tiago Leal PO-03-66; PO-08-03; PO-09-38; PO-13-49
Tiago Loza PO-06-53
Tiago Marques CO-03-06; CO-38-03
Tiago Mendonça PO-08-24
Tiago Osório Petrucci CO-17-02; CO-41-01; PO-08-37; PO-12-59; PO-16-57
Tiago Pacheco PO-04-41; PO-08-51
Tiago Pack CO-07-05; CO-10-04; CO-37-03; IMI-01-054; IMI-02-107; IMI-02-108; PO-04-09; PO-05-18; PO-07-16; PO-07-77; PO-14-40; PO-14-41; PO-14-46
Tiago Pereira IMI-01-038; PO-06-32; PO-07-05; PO-13-09; PO-13-10; PO-13-17
Tiago Pereira da Silva PO-05-38
Tiago Petrucci PO-02-60; PO-04-01; PO-07-46
Tiago Rabadão PO-14-75
Tiago Ramires PO-02-51; PO-07-26; PO-14-56
Tiago Santos IMI-01-007; IMI-03-062; PO-12-10
Tiago Sepúlveda Santos PO-02-27; PO-03-41
Tiago Serra CO-26-04; IMI-01-050; IMI-03-028; PO-01-41; PO-04-70; PO-14-23; PO-16-08
Tiago Teixeira IMI-02-031; PO-02-22
Tiago Telo Pacheco PO-14-29; PO-15-36
Tiago Tomás IMI-01-071; PO-08-42
Tiago Tribolet de Abreu IMI-01-064; CO-15-01; CO-43-01; IMI-03-050; PO-01-12
Tiago Veiga IMI-03-041
Tomás Fonseca PO-12-40
Tomás Grevenstuk CO-12-01
Trigo Faria CO-01-06; CO-21-05; CO-36-02; CO-39-01; IMI-01-026; IMI-01-045; IMI-01-079; IMI-01-086; IMI-02-004; IMI-02-008; IMI-02-021; IMI-02-039; IMI-02-043; IMI-02-072; PO-01-37; PO-03-52; PO-05-31; PO-05-33; PO-05-71; PO-06-43; PO-06-47; PO-0
Umbelina Caixas PO-07-72; PO-10-60
Ursula Segura PO-16-40
Úrsula Segura PO-04-46
Valentina Kryvonos PO-08-19; PO-13-28
Valentina Tosatto IMI-01-051; IMI-02-002; IMI-02-103; IMI-03-029; IMI-03-100; IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52; PO-09-03; PO-14-07
Valentyna Kryvonos CO-21-03; PO-04-35; PO-12-37; PO-16-01
Vanda Carmelo PO-03-25
Vanda Jorge CO-33-02; PO-03-29; PO-13-23

Vanda Spencer PO-02-65; PO-06-41; PO-07-37; PO-08-40; PO-16-58
Vanessa Barcelos CO-39-05; IMI-03-085; PO-03-43; PO-03-65; PO-04-59; PO-04-63; PO-04-72; PO-07-74; PO-09-43; PO-09-44; PO-12-04; PO-12-34; PO-16-06; PO-16-48
Vanessa Chaves PO-09-28; PO-12-38; PO-13-53
Vanessa Figueiredo IMI-01-023; IMI-02-035; PO-04-30; PO-09-33; PO-16-20
Vanessa Henriques CO-12-03
Vanessa Machado CO-44-05; IMI-03-070; PO-10-65
Vanessa Novais de Carvalho CO-09-06; PO-14-13; PO-14-14; PO-14-15
Vanessa Pires IMI-02-008; PO-08-01
Vanessa Ventura Vieira PO-01-28; PO-01-35; PO-05-05; PO-05-60; PO-07-03; PO-09-06
Vanessa Vieira IMI-02-065
Vânia Almeida PO-01-65; PO-16-13
Vânia Caldeira IMI-03-100
Vânia Gomes CO-19-05; IMI-01-001; IMI-03-066; PO-06-64; PO-08-46; PO-09-39; PO-11-47; PO-13-74; PO-14-05
Vânia Junqueira IMI-01-048; IMI-03-067; PO-09-32; PO-13-67
Vânia Rodrigues IMI-02-038; PO-04-33; PO-06-37; PO-10-63; PO-14-04; PO-15-16; PO-15-26
Vânia Teixeira CO-47-01
Vargas Naranjo Sócrates CO-39-03; CO-43-03
Vasco Barreto PO-04-29; PO-06-33; PO-08-59; PO-14-33
Vasco Batista PO-07-58
Vasco Evangelista IMI-01-027; IMI-02-016; PO-01-15; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-12; PO-02-35; PO-02-36; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-08; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46; PO-14-63; PO-14-66
Vasco Gama PO-03-01; PO-03-02; PO-03-03; PO-05-02
Vasco Neves PO-01-43; PO-01-72; PO-02-51; PO-03-37; PO-04-23; PO-07-26; PO-13-69; PO-13-73; PO-15-32; PO-16-60
Vasco Tavares CO-25-04
Vera Bernardino CO-34-02
Vera Escoto CO-27-06; PO-02-17; PO-10-59; PO-11-43; PO-14-24; PO-16-12; PO-16-68; PO-16-70
Vera Espirito Santo PO-11-13; PO-11-14
Vera Espírito Santo CO-43-04
Vera Falcão PO-02-09
Vera Frazão Vieira PO-09-35; PO-11-31
Vera Gomes PO-05-46; PO-07-04
Vera Guerreiro CO-25-02; CO-32-01; CO-35-01; CO-46-02; IMI-02-009; IMI-02-066; PO-01-01; PO-05-41; PO-05-42; PO-05-43; PO-09-26; PO-14-62; PO-15-71
Vera L Gomes CO-19-03; CO-41-06; IMI-01-073; IMI-01-088; IMI-01-096; PO-09-27
Vera Lage PO-06-42
Vera Luís IMI-01-052; IMI-02-049; PO-04-71; PO-15-33
Vera Marinho PO-12-28
Vera Matias PO-03-16
Vera Montes PO-11-27
Vera Pedro PO-09-35
Vera Pereira CO-39-02; CO-43-01; IMI-01-043; IMI-03-078; PO-16-02
Vera Romão IMI-01-106
Vera Salvado CO-06-05; PO-02-21; PO-02-69; PO-04-38; PO-08-87; PO-15-18; PO-15-19
Vera Sarmento PO-03-37; PO-04-23; PO-11-25; PO-13-69
Vera Seabra CO-43-06
Vera Silveira CO-10-05; IMI-01-027; IMI-02-016; PO-01-15; PO-02-06; PO-02-07; PO-02-12; PO-02-35; PO-02-53; PO-02-55; PO-03-34; PO-03-50; PO-05-08; PO-10-06; PO-10-31; PO-12-46; PO-12-58; PO-14-63; PO-14-66
Verónica Botelho Guiomar IMI-02-015; IMI-02-071; PO-01-27; PO-05-17
Veronica Cabreira PO-09-72
Verónica Pereira PO-10-72
Verónica Varela PO-07-61
Viana Sara CO-43-03
Viana Sara Silva CO-39-03
Victor Bettencourt PO-02-76
Victor Espadinha CO-05-06; PO-02-61
Vieira Cesar IMI-02-091
Viktor Filyuk IMI-01-078; IMI-02-100; PO-02-74; PO-14-42
Villa de Brito PO-03-33; PO-06-62; PO-11-64
Violeta Vasquez IMI-02-077
Vítor Araújo PO-05-01
Vitor Augusto PO-08-68; PO-09-53
Vítor Augusto PO-06-60; PO-11-45
Vitor Batalha IMI-01-031; PO-16-10
Vítor Batalha CO-30-03; PO-08-09; PO-10-36; PO-11-72
Vítor Costa PO-05-80; PO-06-31; PO-13-54; PO-13-56
Vitor Duque CO-35-03; IMI-02-064; PO-01-45
Vítor Fagundes IMI-03-038; PO-01-77
Vitor Fonseca IMI-03-088; IMI-03-089
Vitor Freitas CO-16-02; PO-02-31; PO-10-23; PO-10-47
Vítor Freitas PO-02-13; PO-04-76; PO-05-59; PO-07-13; PO-14-74; PO-15-80
Vítor Hugo Costa PO-01-48; PO-06-65
Vítor Magno Pereira CO-15-02
Vitor Marques PO-12-08
Vitor Mendes CO-13-04; PO-15-52
Vitor Paixao Dias IMI-02-048
Vitor Paixão Dias CO-29-03; CO-49-06; IMI-02-005; IMI-02-055; IMI-02-061; PO-04-75; PO-06-77; PO-11-78; PO-13-25; PO-14-01
Vítor Paixão Dias IMI-01-012; IMI-01-093; IMI-02-006; IMI-02-031; IMI-03-027; IMI-03-031; IMI-03-043; IMI-03-048; PO-02-05; PO-02-77; PO-04-45; PO-04-79; PO-05-48; PO-06-42; PO-08-61; PO-08-66; PO-10-15; PO-12-01; PO-12-05; PO-15-07

INDICE DE AUTORES

Vitor Paixão Dias	PO-12-09; PO-15-55
Vítor Paixão Dias	PO-12-55
Vítor Ramalho	IMI-03-004
Vitória Cunha	CO-47-01; PO-13-26
Vitória Martins	PO-07-42
Wildemar Costa	PO-01-68; PO-04-73
Yahia Abuowda	IMI-01-073; IMI-01-096; IMI-01-117; IMI-03-116; PO-10-11; PO-14-37; PO-15-37
Yasmin Mamade	IMI-03-006; PO-09-49; PO-12-58; PO-14-19
Yenny Anzola	PO-05-32
Yohana Jesus Martins	PO-10-60
Yolanda Martins	CO-42-01; CO-46-06; CO-47-04; PO-12-07
Yuriy Korotkevycch	CO-27-04
Zara Soares	IMI-01-115; IMI-03-040; PO-12-30; PO-15-23
Zeferino S	PO-12-69
Zélia Lopes	PO-08-79
Zelia Neves	PO-16-40
Zélia Neves	CO-10-02; PO-04-46; PO-16-22
Zsofia Vesza	IMI-02-002; IMI-03-029; IMI-03-100; PO-09-03
Zsófia Vesza	IMI-03-108; PO-04-03; PO-07-52
Zsofia Vezsa	PO-14-07