

19º

ENCONTRO DO NÚCLEO DE INTERNOS DE MEDICINA INTERNA

25 - 27 JUN | 2026

UNIVERSIDADE DE AVEIRO

LIVRO DE ABSTRACTS



20 ANOS DE DESAFIOS
NA MEDICINA INTERNA

ORGANIZAÇÃO



AGÊNCIA OFICIAL

factorchave[®]
marketing integrado

ÍNDICE

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

- PO039** A queda: uma cortina de fumo no idoso
- PO045** Impacto da polimedicação e da prescrição inapropriada em eventos adversos em idosos
- PO064** A Doença Oncológica no Serviço de Medicina Interna: retrato de um dia
- PO148** Switch de Terapêutica Antiretroviral na da Consulta de HIV do Hospital de Setúbal em 2021 e 2022
- PO154** Do internamento à institucionalização: Quem não volta ao domicílio
- PO162** Diagnóstico inaugural de neoplasias sólidas e referenciação oncológica: estudo retrospectivo
- PO207** Doenças Lisossomais em Hospital de Dia Médico - Uma Casuística

CASO CLÍNICO

- PO001** Lesão Hepática Aguda: Diagnóstico de DILI associada a Fenótipo Autoimune e Resposta ao Corticóide
- PO002** Hepatite Aguda Grave como Apresentação Inicial de Mastocitose Sistémica
- PO007** Lesão renal aguda por vasculite ANCA
- PO008** Hipocalémia grave como manifestação de hiperaldosteronismo primário numa doente jovem
- PO027** Intoxicação por carbamazepina e hiponatremia sintomática após introdução de claritromicina
- PO030** Vanco fever, um caso de febre medicamentosa
- PO032** When sweet turns sour: uma complicação tardia da cirurgia bariátrica
- PO035** One size does not fit all... Crise Miasténica induzida por estatina
- PO036** Kikuchi-Fujimoto: uma causa rara e benigna de adenopatias a não esquecer
- PO042** Diarreia Refratária e Eosinofilia: Uma Face Rara do DRESS Induzido por Alopurinol
- PO044** Via Verde Coronária
- PO046** DE UMA DOR DE DENTES A UMA URGÊNCIA VITAL: RECONHECER A ANGINA DE LUDWIG
- PO049** ANIMAIS NA ANAMNESE, CORAÇÃO EM ALERTA: MIOPERICARDITE POR FEBRE
- PO052** Trombose recorrente: entre a recidiva e a incerteza
- PO053** NEM TUDO O QUE EMAGRECE É NEOPLASIA: A COLUNA REVELOU ESPONDILITE ANQUILOSANTE
- PO055** QUANDO A SINUSITE COMPLICA: DO SEIO ESFENOIDAL AO SEIO CAVERNOSO
- PO063** E tudo começou numa febre sem foco: abordagem diagnóstica e tratamento da Tuberculose Peritoneal
- PO072** Obstrução da veia cava superior como apresentação de recidiva de linfoma
- PO083** Hipoglicemia Paraneoplásica No Hepatocarcinoma: Um Desafio Clínico
- PO085** Vasculite por IgA no idoso: apresentação atípica e desafio diagnóstico
- PO090** Transformação maligna de adenoma hepático induzida por esteroides anabolizantes: um caso clínico.
- PO094** Hepatite aguda: a importância de não parar no diagnóstico inicial
- PO098** New-Onset Atrial Flutter Unmasking Contrast-Induced Thyrotoxicosis

- PO101** Poliserosite por endometriose
- PO102** Dor pélvica aguda na mulher jovem: importância de uma avaliação diagnóstica sistematizada
- PO113** Da cefaleia à cegueira bilateral: a importância de suspeitar de arterite de células gigantes
- PO128** Infecção Periprotésica - Mais uma vítima da infecção hospitalar!
- PO129** Crise epiléptica: quando a causa está no ionograma e não no cérebro
- PO131** Hepatite Aguda a Amiodarona Endovenosa
- PO132** Abscesso do Psoas e Espondilodiscite a *S. agalactiae* - Caso Clínico
- PO133** Pneumonia Lipóide Exógena: um caso clínico
- PO137** Quando o aquecedor se torna uma ameaça: um caso clínico de intoxicação por monóxido de carbono
- PO142** Um Caso Raro de Síndrome da Veia Cava Superior em Doente com Carcinoma Urotelial da Bexiga
- PO149** Tempestade tiroideia após ingestão maciça de levotiroxina
- PO153** Da Extração Dentária à Cirurgia Cardíaca: Endocardite com Complicações Embólicas
- PO155** Albuminúria em doente com hipertensão arterial controlada: para além da nefropatia hipertensiva
- PO156** Hipertensão arterial no adulto jovem: quando suspeitar de coartação da aorta
- PO159** Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica associada ao Ticagrelor
- PO163** Lesão hepática induzida por fármacos versus hepatite autoimune: in biopsia veritas
- PO187** Choque séptico fulminante por *Neisseria meningitidis* sem meningite
- PO192** Ascite sem cirrose: olhar além do fígado
- PO194** Quando a Dispneia Revela Doença Avançada: Carcinoma Adenoescamoso do Pulmão
- PO197** Síndrome Nefrótica Iatrogénica – O risco renal dos anti-inflamatórios
- PO203** Trombocitopenia imune induzida por cotrimoxazol: um caso clínico
- PO205** HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: A IMPORTÂNCIA DE PROCURAR O QUE NÃO SE VÊ
- PO208** Amyloid Spells- Apresentação atípica da Angiopatia Amilóide Cerebral
- PO211** edema Pulmonar de Reexpansão: Uma Complicação Potencialmente Fatal da Drenagem Torácica
- PO212** Tuberculose Ganglionar: Desafios do Diagnóstico Paucibacilar
- PO218** Síndrome de Sjögren e Nefropatia por IgA: uma associação rara
- PO221** Delírio de infestação a dois: um caso clínico
- PO224** SÍNDROME DE EDEMA CERVICAL ESPONTÂNEO: UM DIAGNÓSTICO RARO
- PO228** Múltiplas Lesões, Um Diagnóstico: Caso Clínico de Abscessos Cerebrais
- PO234** “Síndrome do babuíno” – Um caso de toxidermia rara
- PO242** Síndrome de Alport com estudo genético negativo: papel da biópsia renal no diagnóstico
- PO244** Anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios, a propósito de um caso clínico
- PO245** Leucemia aguda de fenótipo misto: uma apresentação insidiosa mascarada por citopenias prolongadas
- PO256** Quando o potássio e a hipertensão se conjugam?
- PO257** QUANDO A VASCULITE NÃO É O QUE PARECE: UMA SÍNDROME PARANEOPLÁSICA
- PO258** Policitemia Vera e Carcinoma Renal: Uma Cooperação Indesejada.
- PO259** Bronquiectasias difusas no adulto: diagnóstico de fibrose quística na quinta década de vida

INVESTIGAÇÃO CASUÍSTICA

COM APRESENTAÇÃO



INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PO 039

A QUEDA: UMA CORTINA DE FUMO NO IDOSO

Antonio Alejandro Villasana; Maria Alexandra Ávila; Mathias Daheim

HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

As quedas constituem uma das principais causas de morbilidade na população idosa. Apesar de poder ser de causa mecânica, as quedas podem resultar de infeções, síncope, eventos neurológicos ou efeitos adversos de fármacos. Contudo, na prática clínica da urgência, a investigação etiológica da queda é frequentemente negligenciada, o que pode conduzir ao infra-tratamento de causas médicas potencialmente tratáveis e contribuir para recorrência de quedas, internamentos e aumento da morbi-mortalidade. O presente estudo teve como objetivo caracterizar os episódios de queda observados no serviço de urgência e avaliar indiretamente a necessidade de implementação de um protocolo estruturado de avaliação diagnóstica de quedas em idosos.

Métodos

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo baseado na análise de episódios de admissão de queda. As variáveis analisadas incluíram sexo, idade, prioridade de triagem segundo o sistema de Manchester, grau de dependência funcional, presença de demência, número de fármacos em terapêutica crónica (e polimedicação). Foram ainda registados o tipo de internamento (especialidades cirúrgicas ou medicina interna), a solicitação de colaboração por medicina interna ou especialidades cirúrgicas e a causa da queda documentada no processo clínico. A causa da queda foi categorizada como desconhecida quando a informação disponível na história clínica e nos exames complementares não permitia identificar ou excluir causas médicas potencialmente associadas ao evento.

Foi realizada análise descritiva da amostra, com caracterização das variáveis clínicas e avaliação da distribuição das causas de queda e da frequência de colaboração médica solicitada durante o episódio de urgência.

Resultados

A amostra incluiu 123 idosos, com uma maioria das quedas (53,7%) de causa desconhecida, seguida de trauma accidental (27,6%). 5% dos casos houve descrição de instabilidade, sem investigação relacionada. A colaboração da medicina interna ocorreu em 13% e de especialidades cirúrgicas em 30% dos pacientes, contudo a medicina interna internou 9%, ao invés da ortopedia, com 8% dos casos. A medicina interna internou doentes por infeção urinária, tromboembolismo pulmonar, síncope, rabdomiólise, doença hepática crónica, lesão expansiva intracraniana e 4 doentes para estudo.

Conclusão

O estudo evidencia que apesar das quedas serem tratadas na maioria das vezes como patologia ortopédica, a elevada proporção de quedas de causa desconhecida e uma proporção de internamento 9% por parte da medicina, evidencia a necessidade de criação e utilização de protocolos diagnósticos estruturados de forma a melhorar a orientação dos doentes, quer no serviço de urgência, como em ambulatório.

IMPACTO DA POLIMEDICAÇÃO E DA PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA EM EVENTOS ADVERSOS EM IDOSOS

Iara Ferreira; José Moura de Meireles; João Campos Cunha; Daniela Soares

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

A polimedicação é altamente prevalente em idosos e associa-se a maior risco de eventos adversos, nomeadamente reações adversas a medicamentos (RAM), quedas e delirium. No entanto, a evidência sugere que a qualidade da prescrição, incluindo a presença de medicação potencialmente inapropriada (MPI) e interações medicamentosas, pode ser determinante adicional no risco clínico.

Objetivo

Avaliar a associação entre polimedicação, MPI e interações medicamentosas com a ocorrência de eventos adversos em idosos hospitalizados em Medicina Interna.

Material e Métodos

Estudo prospetivo observacional unicêntrico, incluindo doentes ≥ 65 anos internados num serviço de Medicina Interna durante 6 meses. Foram registados dados clínicos, número de fármacos à admissão, presença de MPI (critérios STOPP) e interações medicamentosas major. Definiu-se polimedicação como ≥ 5 fármacos e polimedicação excessiva como ≥ 10 . O outcome primário foi a ocorrência de pelo menos um evento adverso durante o internamento (RAM, queda, delirium ou alteração metabólica relevante). Realizou-se análise multivariável por regressão logística ajustada para idade, sexo, índice de comorbilidade de Charlson, função renal e duração do internamento.

Resultados

Foram incluídos 412 doentes (idade média $79,6 \pm 7,8$ anos; 56% do sexo feminino). A prevalência de polimedicação foi 72,3% e de polimedicação excessiva 38,6%. MPI foram identificadas em 44,9% dos doentes e interações medicamentosas major em 29,4%. Ocorreram eventos adversos em 168 doentes (40,8%), sendo as RAM os mais frequentes (62,5%), seguidos de delirium (21,4%) e quedas (9,5%). Na análise multivariável, a polimedicação excessiva associou-se a maior risco de eventos adversos (OR ajustado 2,34; IC95% 1,45–3,78; $p < 0,001$), enquanto a polimedicação ≥ 5 fármacos não foi significativa após ajuste (OR 1,28; IC95% 0,82–2,01; $p = 0,27$). A presença de MPI (OR 2,11; IC95% 1,36–3,28; $p = 0,001$) e de interações medicamentosas major (OR 2,67; IC95% 1,69–4,22; $p < 0,001$) foram preditores independentes. Idade, sexo e comorbilidade não mostraram associação significativa.

Conclusões

A ocorrência de eventos adversos em idosos hospitalizados é elevada. A polimedicação excessiva, mas não a polimedicação isolada, associa-se a maior risco, sobretudo quando coexistem MPI e interações medicamentosas. Estes resultados reforçam que a qualidade da prescrição é determinante no risco iatrogénico, em linha com a literatura recente, e suportam a implementação de estratégias sistemáticas de revisão terapêutica em contexto hospitalar.

A DOENÇA ONCOLÓGICA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: RETRATO DE UM DIA

Ana Barradas; Beatriz Fernandes; Carolina Amado; Susana Cavadas

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

Estima-se que ocorram cerca de 77 276 novos casos de cancro em 2050 em Portugal, correspondendo a um aumento de 9% face a 2022. Esta incidência crescente, largamente associada ao aumento da esperança média de vida, traduz-se numa maior pressão assistencial nos serviços de saúde. A Medicina Interna (MI), especialidade com forte componente diagnóstica e dedicada à abordagem de doentes complexos, recebe frequentemente doentes oncológicos em regime de internamento, quer na fase diagnóstica quer na gestão de complicações da doença e/ou do tratamento.

Objetivo

Avaliar a carga da doença oncológica no internamento de Medicina Interna num dia escolhido aleatoriamente.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo e transversal, realizado num hospital distrital, incluindo todos os doentes internados num serviço de Medicina Interna num dia selecionado aleatoriamente.

RESULTADOS

Foram incluídos 91 doentes (52 homens e 39 mulheres), com idade média de 78,4 anos ($\pm 11,8$). Destes, 58% (n=53) tinham mais de 78 anos e 3% (n=3) menos de 49 anos. As comorbilidades mais prevalentes foram hipertensão arterial (68%; n=62), dislipidemia (65%; n=59) e diabetes mellitus (35%; n=32). Antecedentes de acidente vascular cerebral e doença coronária estavam presentes em 12% dos doentes, respetivamente. O diagnóstico de neoplasia de novo foi estabelecido em 13% (n=12), maioritariamente em homens, com idade média de 76,7 anos (± 14), em contexto de internamento para estudo de massas, nódulos e/ou anemia. Em quatro doentes o estudo não foi concluído por futilidade (n=2) ou morte (n=2). As localizações mais frequentes foram pulmão (n=3) e cólon (n=3). A demora média de internamento foi de 17,8 dias (± 11). À data de alta, a maioria foi referenciada para consulta de Oncologia Médica; três doentes faleceram durante o internamento. Vinte e quatro doentes (26%) tinham diagnóstico prévio de neoplasia, seis sob tratamento ativo. A idade média foi de 76 anos (± 10) e a demora média de internamento de 14,5 dias (± 13). O motivo de internamento esteve diretamente relacionado com a doença oncológica em oito doentes (36%), nomeadamente neutropenia febril e défices neurológicos e/ou alterações do comportamento no contexto de metastização cerebral. Considerando todos os doentes com neoplasia (prévia ou de novo), o tumor mais frequente foi o da próstata (n=6), seguido do pulmão (n=5), colorretal (n=4) e mama (n=4). A idade média foi de 76,5 anos (± 14) e a demora média de internamento de 15,5 dias (± 13), comparativamente com 19,6 dias (± 16) no total da amostra.

Conclusões

Este estudo evidencia o impacto da doença oncológica no internamento de Medicina Interna, com 35% dos doentes apresentando neoplasia prévia (26%), diagnóstico de novo (13%) ou ambos (4%). O perfil epidemiológico está alinhado com a incidência dos principais cancros em Portugal, destacando-se o sexo masculino, a idade avançada e as neoplasias da próstata, mama, pulmão e colorretal. Uma proporção relevante dos diagnósticos de novo ocorreu em doentes já com sintomas de metastização, reforçando a importância da adesão aos programas de rastreio oncológico e de estratégias de diagnóstico precoce em indivíduos de risco. Dado o potencial de recidiva ao longo do tempo, o seguimento regular destes doentes pode permitir a identificação e intervenção precoces.



SWITCH DE TERAPÊUTICA ANTIRETROVÍRICA NA DA CONSULTA DE HIV DO HOSPITAL DE SETÚBAL EM 2021 E 2022

Miguel Tomás Rodrigues; Pedro Vasques; Diana Pedreira; Nuno Luís; Isabel Casella;
José Poças; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana ainda é um importante problema de saúde pública apesar de ser classificada como doença crónica. Os seus efeitos na saúde individual e pública são mais intensos nas populações com menor suporte social, entre elas a dos migrantes. O objetivo deste trabalho é, pois, o da caracterização da população migrante recentemente admitida à consulta externa de Infeciologia do CHS.

Apresenta-se um estudo descritivo da população dos doentes que recorreram a uma primeira consulta nos anos de 2021 e de 2022.

Materiais e Métodos

Com o recurso ao SClinico, construiu-se uma base de dados caracterizou-se a população em termos de idade, género, tipologia do vírus, status naive vs não naive, regime terapêutico antes e depois da primeira avaliação e eficácia do tratamento. Usou-se o Microsoft Office Excel para o tratamento estatístico dos dados.

Resultados

Concluiu-se que a maioria dos doentes pertenciam ao sexo masculino (2021: n=33, 69%; 2022: n=55, 76%), eram adultos jovens com idade inferior a 50 anos. O Brasil destaca-se como a origem mais frequente dos doentes migrantes (2021: n=17, 8,84; 2022: n=41, 29,52%). O RCU mais utilizado foi a combinação BIC/TAF/FTC, enquanto nova terapêutica (2021: n=26, 8,84%; 2022: n=47, 74,60%) depois da primeira consulta, tendo-se verificado uma boa evolução clínico-laboratorial.

Conclusão

Conclui-se que a população migrante é composta maioritariamente por adultos jovens vindos do Brasil. A terapêutica com a combinação BIC/TAF/FTC em comprimido único foi bastante eficaz no tratamento da doença sendo a preferida pela equipa de infeciologia dos CHS, pela sua eficácia terapêutica, facilidade de implementação e boa adesão com os doentes.

PO 154

DO INTERNAMENTO À INSTITUCIONALIZAÇÃO: QUEM NÃO VOLTA AO DOMICÍLIO

Maria Inês Candeias; José Morgado Pereira; Catarina Salvado; Rafaela Magalhães; Patrícia Damião

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

A alta hospitalar para o domicílio constitui o desfecho desejável na maioria dos doentes internados. No entanto, uma proporção relevante perde autonomia funcional ou suporte social durante o episódio agudo, necessitando de referenciação para Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) ou Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A identificação precoce dos fatores associados ao não regresso ao domicílio poderá otimizar o planeamento de alta, reduzir demora média e minimizar dias de internamento por resolução social.

Objetivo

Caracterizar os doentes previamente em casa que não regressam ao domicílio após internamento e identificar fatores associados à institucionalização em ERPI ou RNCCI.

Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo, incluindo 237 episódios de internamento entre janeiro e dezembro de 2024, sob responsabilidade da equipa assistencial a que a autora pertenceu. Foram excluídos da análise os doentes cuja proveniência prévia era ERPI ou RNCCI, incluindo-se apenas doentes previamente residentes no domicílio, com ou sem apoio. O desfecho primário foi não regresso ao domicílio, definido como alta para ERPI ou RNCCI. Foram analisadas variáveis demográficas, funcionais e sociais disponíveis à admissão, incluindo idade, sexo, autonomia e suporte prévio. Procedeu-se à análise descritiva e exploratória dos fatores associados ao desfecho, bem como comparação dos dias de status social entre grupos.

Resultados

Após exclusão dos doentes previamente institucionalizados, foram incluídos 160 doentes, dos quais 21 (13,1%) não regressaram ao domicílio. Destes, 12 (7,5%) tiveram alta para ERPI e 9 (5,6%) para RNCCI. Os doentes que não regressaram ao domicílio apresentaram idade média superior (79,3 vs 73,4 anos). Verificou-se também maior proporção de sexo feminino (15,8% vs 10,7%). A autonomia à admissão mostrou menor impacto, sugerindo que os determinantes sociais e etários têm maior peso relativo neste subgrupo. Isto pode ser explicado por já estarem excluídos os doentes previamente em ERPI ou RNCCI ou pela funcionalidade estar já compensada em domicílio. O tempo de resolução social foi significativamente superior nos doentes institucionalizados: 21,1 vs 0,6 dias nos doentes que regressaram ao domicílio. Entre os institucionalizados, os tempos foram superiores nos encaminhados para ERPI comparativamente à RNCCI (24,2 vs 17,1 dias).

Conclusão

Em doentes previamente residentes no domicílio, a taxa de não regresso a casa após internamento foi de 13,1%. Os principais fatores associados à institucionalização foram idade avançada e fragilidade do suporte social prévio, mais do que a dependência funcional isolada. Estes resultados são concordantes com a literatura publicada, que identifica a idade, o isolamento social e a ausência de cuidador como determinantes major de institucionalização após doença aguda. Os doentes institucionalizados apresentaram um aumento muito expressivo dos dias de internamento por resolução social, sobretudo quando necessitaram de vaga nova em ERPI. A sinalização precoce de doentes idosos sem rede de suporte robusta poderá permitir intervenção social atempada, reduzir demora média hospitalar e otimizar o planeamento de alta.



DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE NEOPLASIAS SÓLIDAS E REFERENCIAÇÃO ONCOLÓGICA: ESTUDO RETROSPECTIVO

Rosa Sá; Fábio Dinis Alves; Maria Almeida Pinto; Ricardo Pedrosa; Inês Pinto Rodrigues; Beatriz Magalhães; Eduardo Cruz; Jorge R. Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

A Medicina Interna assume um papel relevante no diagnóstico inicial de neoplasias, frequentemente em contexto de internamento de doentes idosos, comorbilidades múltiplas e apresentações clínicas atípicas. A ausência de referenciação subsequente para Oncologia em parte destes casos levanta questões sobre a adequação das decisões diagnósticas e terapêuticas.

Objetivo

Determinar a proporção de doentes com diagnóstico inaugural de neoplasia sólida em internamento referenciados à consulta de Oncologia Médica (OM) e identificar fatores associados.

Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo incluindo doentes adultos internados durante um ano com diagnóstico de neoplasia sólida de novo. Excluíram-se neoplasias hematológicas e doentes com neoplasia prévia em seguimento. Os doentes foram estratificados segundo referenciação a consulta de OM. Recolheram-se dados demográficos, clínicos e do percurso diagnóstico. Realizou-se uma análise comparativa entre grupos e regressão logística multivariável para identificação de eventuais preditores independentes, considerando $p < 0,05$.

Resultados

Foram incluídos 53 doentes, 20 (37,7%) dos quais foram referenciados à consulta de OM e 33 (62,3%) não referenciados. Os doentes referenciados eram mais jovens (mediana 58 vs 79 anos; $p=0,02$) e com melhor estado funcional (ECOG PS ≥ 2 : 15,0% vs 42,4%; $p=0,007$). Não se verificaram diferenças no sexo, índice de Charlson, duração do internamento ou metastização. O número de exames foi superior nos doentes referenciados ($4,1 \pm 1,21$ vs $2,76 \pm 1,88$; $p=0,003$), bem como a realização de biópsia (95,0% vs 39,4%; $p < 0,001$). Foi pedida colaboração de OM durante o internamento para avaliação de 7 doentes (35%) no grupo referenciado a consulta vs 8 doentes (24,2%) no grupo não referenciado. Verificou-se menor referenciação para Cuidados Paliativos (10,0% vs 45,5%; $p=0,014$) e menor mortalidade intra-hospitalar (15,0% vs. 48,5%; $p=0,019$) no grupo referenciado. Na análise multivariável, a idade associou-se negativamente à referenciação (OR=0,928; IC95%: 0,869–0,991; $p=0,025$). A biópsia apresentou associação inversa (OR=0,034; IC95%: 0,002–0,620; $p=0,022$), sugerindo confundimento. As restantes variáveis não foram significativas.

Conclusão

A referência à consulta de OM foi limitada e associada sobretudo à idade e ao estado funcional, sugerindo uma seleção baseada no prognóstico e elegibilidade terapêutica. Estes resultados são consistentes com a literatura, que demonstra menor acesso a avaliação oncológica em doentes mais idosos e frágeis, frequentemente orientados precocemente para cuidados paliativos. A maior intensidade diagnóstica nos doentes referenciados poderá refletir uma abordagem mais dirigida a doentes potencialmente elegíveis para tratamento. A associação paradoxal da biópsia no modelo multivariável reforça o provável efeito de confundimento. Estes achados evidenciam a necessidade de critérios mais objetivos e padronizados de referência, de forma a promover equidade no acesso a cuidados oncológicos e melhor articulação multidisciplinar.



PO 207

DOENÇAS LISSOSSOMAIS EM HOSPITAL DE DIA MÉDICO - UMA CASUÍSTICA

Rita Matos Sousa; Diana Lopes; Bárbara Campos; Narciso Oliveira; Carlos Capela

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

INVESTIGAÇÃO / CASUÍSTICA

Introdução

As doenças lisossomais constituem um grupo heterogéneo de doenças metabólicas hereditárias raras, caracterizadas pela deficiência de enzimas lisossomais e consequente acumulação de substratos em diferentes tecidos. O desenvolvimento de terapêuticas específicas, nomeadamente terapêutica de substituição enzimática, permitiu alterar a história natural destas patologias, sendo frequentemente administradas em regime de hospital de dia. Este estudo pretende caracterizar os doentes com doenças lisossomais seguidos em Hospital de Dia Médico de um hospital distrital.

Material e métodos

Estudo observacional descritivo dos doentes com diagnóstico de doença lisossomal seguidos em Hospital de Dia Médico. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos a partir do processo clínico eletrónico, incluindo idade, sexo, tipo de doença e envolvimento orgânico. Realizou-se uma análise estatística descritiva.

Resultados

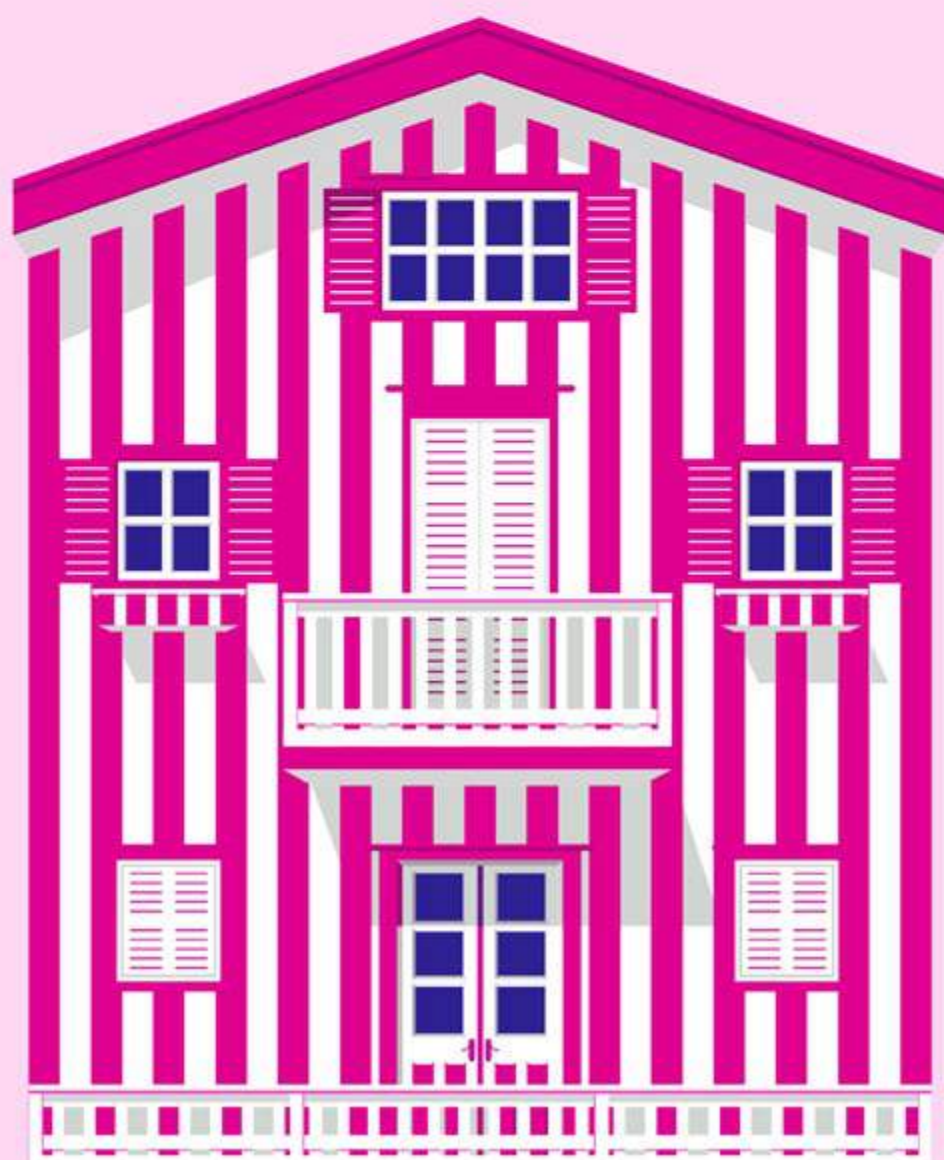
Foram incluídos 13 doentes. A idade média foi de $54,6 \pm 16,2$ anos (mediana 59; intervalo 24–76 anos), com ligeiro predomínio do sexo feminino (54%). A doença mais frequente foi a doença de Pompe (46%), seguida da doença de Gaucher (38%) e da doença de Fabry (16%). Relativamente ao envolvimento orgânico, observou-se envolvimento neurológico ou muscular em 46% dos doentes, respiratório em 38%, cardíaco em 15% e hepatoesplénico em 15%, não se verificando envolvimento renal. Todos os doentes encontram-se em seguimento regular em Hospital de Dia Médico para administração de terapêutica específica, nomeadamente terapêutica de substituição enzimática com imiglucerase nas formas de doença de Gaucher, alglucosidase alfa na doença de Pompe e agalsidase nas formas de doença de Fabry.

Conclusões

As doenças lisossomais são patologias raras que exigem acompanhamento multidisciplinar e terapêutica prolongada. Nesta série, verificou-se predomínio das doenças de Pompe e de Gaucher, com envolvimento multissistémico variável. O Hospital de Dia Médico assume um papel central na administração terapêutica e no seguimento destes doentes, permitindo otimizar a monitorização clínica e a adesão ao tratamento.

CASOS CLÍNÍCOS

COM APRESENTAÇÃO



CASOS CLÍNICOS

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PO 001

LESÃO HEPÁTICA AGUDA: DIAGNÓSTICO DE DILI ASSOCIADA A FENÓTIPO AUTOIMUNE E RESPOSTA AO CORTICÓIDE

Sérgio Costa Monteiro; Raquel Vieira; Sara Bravo; Paula Mesquita; Margarida Eulálio; Jorge Henriques

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

CASO CLÍNICO

A lesão hepática induzida por fármacos (DILI) é uma causa relevante de hepatite aguda, podendo mimetizar hepatites autoimunes, dificultando o diagnóstico. Casos de DILI associada a fenótipos autoimunes são pouco descritos, especialmente em hepatite aguda grave sem falência hepática. Apresentamos o caso de uma mulher de 49 anos em que uma avaliação exaustiva permitiu identificar DILI com componente autoimune, respondendo favoravelmente à corticoterapia. Este caso sublinha a importância de considerar mecanismos imunomediados na DILI grave e a utilidade do tratamento imunossupressor em situações selecionadas.

Mulher de 49 anos foi admitida com fadiga intensa, icterícia e alterações laboratoriais compatíveis com hepatite aguda grave: AST 1.200 U/L, ALT 1.500 U/L, bilirrubina total 6,8 mg/dL, sem critérios de falência hepática. Não referia consumo excessivo de álcool, viagens recentes ou exposição a hepatotóxicos conhecidos. O estudo etiológico exaustivo excluiu causas virais (HAV, HBV, HCV, HEV, CMV, EBV), metabólicas (hemocromatose, doença de Wilson), vasculares e metabólicas.

A avaliação imunológica revelou autoanticorpos positivos (ANA 1:320 e AMA 1:1000) e hipergamaglobulinémia discreta. A biópsia hepática evidenciou infiltrado inflamatório de interface com necrose hepatocelular focal e infiltrado eosinofílico, sugerindo mecanismo imunomediado e compatível com sobreposição DILI-autoimune. A revisão detalhada da medicação recente identificou exposição a fármaco potencialmente hepatotóxico.

Com base na avaliação integrada, foi iniciado tratamento com prednisolona 40 mg/dia, observando-se melhoria clínica e laboratorial rápida: descida progressiva das aminotransferases e normalização da bilirrubina ao longo de três semanas. A corticoterapia foi desmamada gradualmente sem recorrência da lesão hepática. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da DILI com fenótipo autoimune, particularmente em hepatite aguda grave sem falência hepática. Destaca-se a importância de uma abordagem sistemática, incluindo exclusão de causas alternativas, avaliação imunológica detalhada e biópsia hepática. A resposta favorável à corticoterapia confirma o papel do componente imunomediado na fisiopatologia da doença.

Deve-se considerar DILI com sobreposição autoimune em casos de hepatite aguda grave com sinais laboratoriais sugestivos de autoimunidade, pois o reconhecimento precoce permite intervenção terapêutica eficaz e prevenção de complicações hepáticas.

HEPATITE AGUDA GRAVE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MASTOCITOSE SISTÊMICA

Sérgio Costa Monteiro; Raquel Vieira; Sara Bravo; Paula Mesquita; Christian Neves; Margarida Eulálio; Jorge Henriques

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

CASO CLÍNICO

A mastocitose em adultos é, por definição, considerada sistémica até prova em contrário, podendo envolver medula óssea, fígado, baço e trato gastrointestinal.

O envolvimento hepático é raro, mas pode manifestar-se como hepatite aguda grave.

Casos com rash cutâneo emergente durante o internamento e infiltrado hepático eosinofílico e mastocitário são pouco descritos. Apresentamos uma mulher de 49 anos em que a investigação revelou mastocitose sistémica com comprometimento hepático, destacando a importância da avaliação multidisciplinar e histopatológica.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 49 anos admitida com fadiga, anorexia e icterícia intensa. Analiticamente apresentava AST 1.100 U/L, ALT 1.200 U/L e bilirrubina total de 12 mg/dL, sem sinais de falência hepática, com agravamento analítico ao longo da primeira semana de internamento. Não havia história de consumo excessivo de álcool, infeções recentes ou exposição a hepatotóxicos.

Nos primeiros 4 dias do internamento, desenvolveu rash macular acastanhado. A biópsia cutânea mostrou infiltrado mastocitário, com imunohistoquímica a sugerir o diagnóstico de mastocitose. A biópsia hepática revelou infiltrado eosinofílico e mastocitário, com imunohistoquímica compatível com infiltração mastocitária hepática. A investigação exaustiva excluiu causas virais, metabólicas, autoimunes e tóxicas.

Com base na clínica, achados histológicos e imunofenotípicos, considerou-se o diagnóstico de mastocitose sistémica, sendo posteriormente planeada avaliação da medula óssea para confirmação. A doente iniciou corticoterapia sistémica em dose ajustada, apresentando melhoria rápida da sintomatologia e descida progressiva das aminotransferases e bilirrubina, com recuperação completa em cinco semanas.

Este caso sublinha que, em adultos, a mastocitose deve ser considerada sistémica até prova em contrário, mesmo na ausência de diagnóstico cutâneo prévio. A hepatite aguda grave pode ser manifestação de envolvimento hepático da doença, frequentemente associada a infiltrado eosinofílico sugerindo componente imunomediado. O rash cutâneo emergente durante o internamento reforça a suspeita sistémica. A confirmação histológica e imunofenotípica é crucial, e a corticoterapia pode ser eficaz na resolução da lesão hepática. Clinicamente, deve-se incluir mastocitose sistémica no diagnóstico diferencial de hepatite aguda grave em adultos com rash ou eosinofilia, garantindo investigação adequada da medula óssea e órgãos-alvo.



PO 007

LESÃO RENAL AGUDA POR VASCULITE ANCA

Ana Catarina Fernandes Alves; Tiago Branco; Ana Monteiro; Margarida Paraíso;
Nuno Melo; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

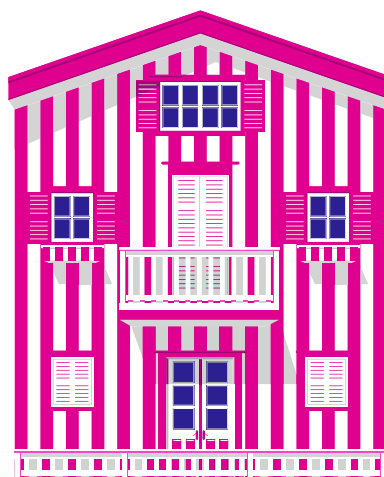
Apesar da maioria dos casos de lesão renal intraparenquimatosa estar relacionada com necrose tubular aguda, excluída esta etiologia devem ter-se em mente causas menos comuns de origem vascular, glomerular e intersticial.

Homem de 76 anos com história de hipertensão arterial, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença renal crónica de etiologia indeterminada (creatina basal 1.30 mg/dL). Admitido no Serviço de Urgência (SU) por dispneia para pequenos esforços, ortopneia e edema dos membros inferiores. Negava febre, percepção de diminuição do débito urinário, disúria, urina espumosa, hematuria ou outras alterações das características da urina. Negava ainda dor lombar ou início recente de novos fármacos. Do exame objetivo de admissão a destacar pressão arterial de 175/94 mmHg; polipneico em ar ambiente com SatO₂ 91-94% e discreto edema maleolar.

Do estudo efectuado no SU a destacar acidose metabólica ligeira (bicarbonato de 20.8 mmol/L), disfunção renal agravada (ureia 113, creatinina 6.85 mg/dl), hipercalemia ligeira (potássio 5.6mmol/L) e hipocalcemia (cálcio ionizado 0.7mmol/L), sem leucocitose e sem sinais sugestivos de microangiopatia trombótica. Eletrocardiograma com prolongamento de QT. O exame sumário de urina demonstrava leucocitúria (121/uL), eritrocitúria com eritrócitos não lisados e macroalbuminúria. Ecografia renal sem hidronefrose bilateralmente. Internado para continuação de cuidados.

Nas primeiras 24 horas evoluiu com oligúria e dada presença de estigmas de hipervolemia iniciou terapia de substituição da função renal (TSFR). Do estudo efetuado, objetivado título acima do normal de anticorpos ANCA MPO + tendo iniciado pulsos de metilprednisolona com transição para prednisolona 1mg/kg/dia desde então. Realizou ainda biópsia renal que confirmou o diagnóstico de vasculite de pequenos vasos com necrose fibrinóide e crescentes celulares. Apesar de início de corticoterapia, sem melhoria da função renal pelo que foi decidido em reunião multidisciplinar iniciar imunossupressão com ciclofosfamida ainda assim sem recuperação da mesma.

A vasculite associada ao ANCA limitada ao rim é menos comum que as formas sistémicas contudo o seu diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais para melhorar os outcomes renais.



PO 008

HIPOCALÉMIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO NUMA DOENTE JOVEM

Carolina Maia Nogueira; Maria João Vilela; Filipa Cunha; Alexandra Mendes; Marta Mesquita; Sara Marques

HOSPITAL BRAGA

CASO CLÍNICO

Introdução

O hiperaldosteronismo primário é uma causa relativamente frequente e potencialmente curável de hipertensão arterial secundária, permanecendo ainda subdiagnosticado, sobretudo em doentes jovens. Embora a hipocalémia seja uma manifestação clássica, apresentações com alterações neuromusculares marcadas são pouco comuns e podem constituir a primeira pista diagnóstica.

Caso clínico

Mulher de 26 anos, refugiada do Sudão e a residir em Portugal há três meses, com antecedentes de hipertensão arterial e hipertrofia ventricular esquerda, recorreu ao serviço de urgência por parestesias progressivas e incapacidade de estender os dedos das mãos com cinco dias de evolução. Nas semanas anteriores referia anorexia significativa, com ingestão alimentar muito reduzida. Ao exame objetivo destacava-se tetania dos flexores dos dedos. Analiticamente evidenciava hipocaliémia grave (1,5 mmol/L), associada a hipocalcemia (6.9 mg/dL), Hipomagnesemia (10 mmol/L) e alcalémia metabólica (pH 7.575, HCO_3^- 39.5), bem como rabdomiólise (CK 4555 U/L). Iniciou reposição intensiva de eletrólitos, tendo sido necessário cateter venoso central para administração de cloreto de potássio em perfusão concentrada. Observou-se melhoria progressiva da sintomatologia e dos parâmetros laboratoriais. O estudo etiológico revelou elevação da aldosterona plasmática (94.8 ng/dL) com relação aldosterona/renina >30. A TC toraco-abdomino-pélvica identificou nódulo suprarrenal esquerdo de 30 mm sugestivo de adenoma. Foi iniciada terapêutica com espironolactona, com boa evolução clínica e orientação para seguimento em Endocrinologia para estudo funcional e eventual abordagem cirúrgica.

Discussão

Este caso ilustra como um distúrbio hidroeletrólítico grave pode constituir a forma de apresentação de hiperaldosteronismo primário numa doente jovem. A associação de hipocaliémia grave, tetania e rabdomiólise é rara, mas sublinha a importância de manter elevada suspeição clínica perante hipocalémia inexplicada e hipertensão arterial de início precoce, permitindo diagnóstico e tratamento dirigidos.

PO 027

INTOXICAÇÃO POR CARBAMAZEPINA E HIPONATREMIA SINTOMÁTICA APÓS INTRODUÇÃO DE CLARITROMICINA

Catarina Reis; Margarida Vieira; Rita Pratas; Ana Filipa Lopes; Jorge Oliveira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

A carbamazepina é um antiepilético de margem terapêutica estreita, sujeito a interações medicamentosas relevantes, particularmente com inibidores do CYP3A4, que podem aumentar os seus níveis séricos e precipitar neurotoxicidade. O risco é maior em doentes idosos, polimedicados e com fatores concomitantes como hiponatremia.

Caso clínico

Mulher de 80 anos, antecedentes de epilepsia focal temporal direita medicada cronicamente com carbamazepina LP 400 mg 12/12h e hipertensão arterial medicada com candesartan/hidroclorotiazida e hiponatremia crónica (Na^+ 131 mmol/L). Após início de claritromicina por quadro de otite média aguda, desenvolveu clínica progressiva de desorientação, desequilíbrio da marcha sem lado preferencial e prostração pelo que foi levada ao Serviço de Urgência. À admissão hospitalar apresentava ataxia, sem défices neurológicos focais. Analiticamente, destacava-se hiponatremia hipotónica sintomática (Na^+ sérico 125 mmol/L, osmolaridade sérica 263 mOsm/kg, osmolaridade urinária 514 mOsm/kg, Na^+ urinário 100 mmol/L) e níveis tóxicos de carbamazepina (21,75 $\mu\text{g/mL}$). A TC cranioencefálica excluiu lesão aguda. Assumiu-se um quadro de encefalopatia tóxicometabólica multifatorial, com intoxicação por carbamazepina precipitada por interação com claritromicina, em contexto de hiponatremia crónica agravada por carbamazepina e hidroclorotiazida. Verificou-se melhoria clínica e laboratorial após suspensão da claritromicina, correção hidroeletrólítica, restrição hídrica e suspensão da hidroclorotiazida, com normalização progressiva dos níveis de carbamazepina e da natremia e recuperação do estado basal neurológico.

Discussão

Este caso ilustra o risco de toxicidade por carbamazepina em doentes idosos polimedicados, sobretudo após introdução de fármacos com potencial de interação farmacocinética. Salienta-se a importância da revisão sistemática da medicação e da valorização de possíveis fatores contribuidores, como hiponatremia crónica e diuréticos tiazídicos.



VANCO FEVER, UM CASO DE FEBRE MEDICAMENTOSA

Maria Inês Candeias¹; Ana Cláudia Miranda²; João Vaz Alves²; Teresa Baptista²; Sara Pocinho²; Olivier Gomes²; Madalena Barradas²; João Barroso²

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

2. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

CASO CLÍNICO

Introdução

A febre medicamentosa é uma manifestação clínica caracterizada pelo aparecimento de febre após a introdução de um fármaco e pela sua resolução após a suspensão do mesmo, na ausência de outra causa identificável. Apesar de subdiagnosticada, representa 3 a 7% da febre nosocomial, estando mais frequentemente associada a antibióticos. O seu diagnóstico é de exclusão e o seu reconhecimento é fundamental para evitar investigação diagnóstica desnecessária e terapêuticas inadequadas.

Caso clínico

Mulher de 54 anos, sem antecedentes relevantes, internada por meningite a *Streptococcus pneumoniae* identificado por PCR no líquido cefalorraquidiano, complicada de empiema subdural e cerebrite, inicialmente em contexto de choque séptico. Foi submetida a drenagem cirúrgica e iniciou antibioterapia com ceftriaxona e vancomicina empiricamente. Perante evolução clínica favorável, ao 19.º dia de antibioterapia, passou a apresentar picos febris diários. Analiticamente destacava-se leucopenia, eosinofilia relativa (10%) e discreta elevação das enzimas hepáticas de novo. Referiu episódios de rubor e calor facial após administração de vancomicina. Após exclusão de causas infecciosas e atendendo à relação temporal com o fármaco, foi colocada a hipótese de febre medicamentosa. Procedeu-se à suspensão da vancomicina, mantendo ceftriaxona, com resolução da febre em 24–48 horas e evolução clínica favorável.

Discussão

A febre medicamentosa deve ser considerada no diagnóstico diferencial de febre persistente em doentes sob antibioterapia prolongada, podendo surgir tardiamente. O diagnóstico é particularmente desafiante em terapêutica combinada, exigindo a decisão sobre qual o fármaco a suspender. Neste caso, a relação temporal, o rubor facial após administração e o perfil de risco favoreceram a suspensão da vancomicina. A baixa taxa de resistência institucional de *Streptococcus pneumoniae* à ceftriaxona ($\approx 2\%$) sustentou a sua manutenção. A ausência de agravamento clínico, alterações laboratoriais inespecíficas e a resolução da febre após suspensão do fármaco foram determinantes para o diagnóstico. O reconhecimento precoce da febre medicamentosa evita exames invasivos, uso desnecessário de antibióticos e prolongamento do internamento, reforçando a importância de uma avaliação crítica e individualizada da terapêutica.

PO 032

WHEN SWEET TURNS SOUR: UMA COMPLICAÇÃO TARDIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Maria Inês Candeias; José Morgado Pereira; Luís Vale; Catarina Salvado; Rafaela Magalhães; Patrícia Damião

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

CASO CLÍNICO

Introdução

A hipoglicemia pós-prandial hiperinsulinémica (HPH), anteriormente designada por síndrome de dumping tardio, é uma complicação rara da cirurgia bariátrica, com prevalência estimada de 0,1–0,3%, sobretudo após bypass gástrico. Caracteriza-se por episódios de hipoglicemia que surgem uma a três horas após refeições ricas em hidratos de carbono, podendo manifestar-se vários anos após a cirurgia. O reconhecimento desta entidade é essencial para prevenir eventos recorrentes e potencialmente graves.

Caso clínico

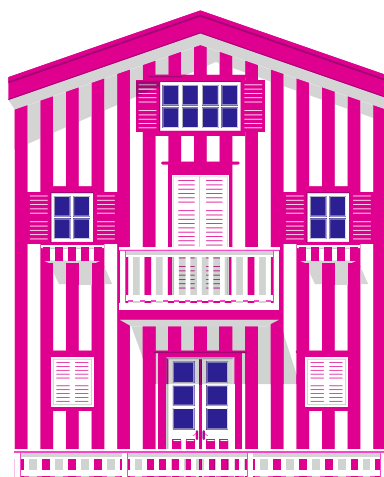
Mulher de 38 anos, com antecedentes de diabetes gestacional e submetida a bypass gástrico em 2010, referenciada à consulta de medicina interna por lipotímias pós-prandiais e cansaço.

Foi excluída etiologia cardíaca de síncope. Analiticamente apresentava anemia microcítica hipocrômica por défice de ferro, tendo iniciado suplementação com melhoria da fadiga. Considerando o antecedente de diabetes gestacional, realizou prova de tolerância à glicose oral (PTGO), que evidenciou hipoglicemia aos 120 minutos (30 mg/dL). Perante o quadro clínico e achados laboratoriais, assumiu-se o diagnóstico de hipoglicemia pós-prandial associada a cirurgia bariátrica. Instituiu-se dieta polifracionada, rica em fibra, proteína e hidratos de carbono complexos, associada a acarbose às refeições, com melhoria clínica significativa. A doente encontra-se atualmente referenciada para consulta de cirurgia geral para eventual revisão cirúrgica.

Discussão:

A HPH deve ser considerada em doentes com sintomas neuroglicopénicos ou autonómicos tardios após cirurgia bariátrica. O diagnóstico baseia-se na documentação de hipoglicemia associada a sobrecarga alimentar e exclusão de outras causas.

A abordagem inicial é predominantemente dietética, podendo associar-se terapêutica farmacológica, como a acarbose, em casos persistentes. A referenciação para avaliação cirúrgica deve ser ponderada em situações refratárias. O reconhecimento precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para prevenir hipoglicemias recorrentes e melhorar a qualidade de vida.



PO 035

ONE SIZE DOES NOT FIT ALL... CRISE MIASTÉNICA INDUZIDA POR ESTATINA

José Nuno Vilhena Braz; Cláudia Alexandra Ribeiro; Beatriz Domingos; Rodrigo Morgado; Henrique Domingos; Ana Santos e Silva; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A Miastenia Gravis é uma doença autoimune da junção neuromuscular causada pelo desenvolvimento de autoanticorpos contra os receptores da acetilcolina (AChR) presentes na membrana pós-sináptica. Esta condição é caracterizada por fraqueza e fadigabilidade do músculo esquelético, podendo envolver a musculatura extra-ocular (ptose e diplopia), a função bulbar (disartria, disfagia) e em casos mais graves, condicionar insuficiência respiratória, com necessidade de suporte ventilatório. (1) A prescrição medicamentosa em doentes com Miastenia Gravis deve ser feita com especial cuidado, dado existirem várias classes farmacológicas associadas a uma redução da eficácia da transmissão neuromuscular e, por consequência, a uma exacerbação de sintomas miasténicos.

Caso Clínico

Doente de 68 anos, sexo feminino, autónoma nas AVDs. Antecedentes pessoais de Miastenia Gravis, com seguimento em Consulta Externa de Neurologia, Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Asma. Recorre ao serviço de urgência por quadro com cerca de 2 semanas de evolução de cefaleia de tensão, ptose palpebral à esquerda, diplopia binocular, claudicação da mandíbula e disfagia para líquidos. Durante a colheita da história clínica, é possível apurar que o diagnóstico de Hipertensão Arterial e Dislipidemia teria sido feito duas semanas antes do início dos sintomas, com introdução de candesartan + hidroclorotiazida, 16+12.5 mg e rosuvastatina + ezetimiba 10+10mg. Ao exame físico, destaca-se uma prova do gelo positiva, com melhoria da ptose palpebral após aplicação de gelo tópico. Realizou avaliação laboratorial e TC-CE, sem achados de relevo. Foi avaliada por oftalmologia, que excluiu patologia do foro oftalmológico. Foi internada com o diagnóstico de crise miasténica, tendo realizado pulsos de metilprednisolona durante 5 dias, com melhoria significativa dos sintomas. Realizou-se discussão multidisciplinar com Neurologia, com indicação para suspensão de terapêutica com rosuvastatina, dado a sua introdução ter sido o factor precipitante da crise miasténica.

Discussão

Os inibidores da reductase da HMG-CoA, como as estatinas, são fármacos de primeira linha no tratamento da dislipidemia. No entanto, estes fármacos estão associados a um agravamento dos sintomas de Miastenia Gravis. O mecanismo pelo qual este efeito adverso acontece é multifactorial, com contribuição da miotoxicidade característica desta classe farmacológica e uma possível indução de autoanticorpos contra os receptores da acetilcolina. (2) No caso clínico descrito, a visão holística da doente e a integração das suas comorbilidades teria sido importante aquando da prescrição de rosuvastatina. Uma vez que a terapêutica de primeira linha está associada à exacerbação de sintomas da doente, seria importante optar por outras classes farmacológicas para a abordagem à dislipidemia.

Bibliografia

1. Gilhus N. E. (2016). Myasthenia Gravis. The New England journal of medicine, 375(26), 2570 – 2581.
2. Xu, W., Yan, V. K. C., Zhang, Z., Fung, K. K., Chan, K. H., Lau et al(2024). Myasthenia gravis following statin therapy: evidence from target trial emulation and self-controlled case series study. Nature communications, 15(1), 10317.

PO 036

KIKUCHI-FUJIMOTO: UMA CAUSA RARA E BENIGNA DE ADENOPATIAS A NÃO ESQUECER

Ana Lopes; Catarina Santos Reis; Catarina Faustino; Inês Isabel Trancoso; Margarida Vinhas; Ana Raquel D. Neves; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

CASO CLÍNICO

A doença de Kikuchi-Fujimoto, ou linfadenite necrotizante histiocitária, é uma doença rara, benigna e habitualmente autolimitada, que afeta predominantemente adultos jovens. Embora a sua etiologia ainda não se encontre bem estabelecida, a sua apresentação clínica — marcada por adenomegalias cervicais e, por vezes, sintomas constitucionais — pode mimetizar processos malignos ou infecciosos. Apresenta-se o caso de uma mulher de 23 anos sem antecedentes de relevo. Recorreu à consulta por adenomegalias cervicais e submandibulares, predominantemente à esquerda, com 6 meses de evolução, iniciado após episódio de infeção respiratória superior. Negava febre, perda ponderal, mialgias ou outras queixas sistémicas, mantendo apenas astenia ligeira. Ao exame físico, apresentava múltiplas adenomegalias cervicais palpáveis com cerca de um centímetro, e de consistência firme, sem sinais inflamatórios ou outras alterações relevantes. Do estudo complementar realizado destaca-se, ausência de alterações dos parâmetros inflamatórios e velocidade de sedimentação normal. O estudo autoimune, microbiológico e a imunofenotipagem foram negativos. A TC cervical confirmou a presença de múltiplas adenomegalias cervicais e submentonianas com realce homogéneo, sem necrose, a maior com dimensões 13 x 10 mm. A histologia de um gânglio cervical entretanto removido, revelou a presença de folículos linfóides de centros germinativos reativos e expansão das áreas paracorticais com imunoblastos dispersos. Identificaram-se áreas com abundantes detritos apoptóticos e numerosas células histiocitárias, com expressão imuno-histoquímica de CD163 e mieloperoxidase, sem evidência de malignidade. A ausência de sinais de malignidade ou de processos linfoproliferativos, em conjunto com o padrão de necrose e o perfil imunofenotípico, confirmou o diagnóstico de linfadenite reativa compatível com Doença de Kikuchi-Fujimoto. A doente evoluiu de forma favorável com resolução completa das adenomegalias cervicais ao fim de 7 meses, sem necessidade de terapêutica dirigida - decurso compatível com a doença de Kikuchi-Fujimoto.

A Doença de Kikuchi-Fujimoto constitui um desafio diagnóstico, mimetizando frequentemente patologias linfoproliferativas ou autoimunes sistémicas. O presente caso sublinha a importância da correlação entre os achados clínicos, analíticos e histológicos na confirmação diagnóstica. O conhecimento desta entidade é fundamental para evitar intervenções desnecessárias e tranquilizar o doente quanto ao prognóstico favorável da patologia.

PO 042

DIARREIA REFRATÁRIA E EOSINOFILIA: UMA FACE RARA DO DRESS INDUZIDO POR ALOPURINOL

Sérgio Costa Monteiro; André Bastos; Raquel Vieira; Maria Ladeira Morais; Sara Bravo; Christian Neves; Margarida Eulálio; Jorge Henriques

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

CASO CLÍNICO

A Síndrome de Hipersensibilidade a Fármacos com Eosinofilia e Sintomas Sistémicos (DRESS) é uma reação adversa medicamentosa rara, mas potencialmente fatal, sendo o alopurinol um dos fármacos mais frequentemente implicados. Embora o envolvimento visceral seja comum, as manifestações gastrointestinais graves como apresentação inicial são raras.

Uma mulher de 70 anos foi admitida no serviço de urgência por quadro de diarreia aguda, profusa e não sanguinolenta, com evolução de vários dias, culminando em choque hipovolémico. Não apresentava antecedentes recentes de viagens, ingestão alimentar suspeita ou contactos epidemiológicos relevantes. O estudo microbiológico completo, incluindo coproculturas e pesquisa de agentes virais e parasitários, foi negativo.

A colonoscopia evidenciou inflamação difusa do cólon e o exame histológico revelou marcada infiltração eosinofílica compatível com colite eosinofílica grave. Esta constituiu a manifestação inicial e predominante do quadro clínico.

A presença de eosinofilia periférica ligeira, lesão renal aguda secundária à desidratação e exantema cutâneo subtil levantou suspeita de DRESS. A biópsia cutânea revelou infiltrado linfocitário perivascular superficial com eosinófilos dispersos, compatível com reação de hipersensibilidade medicamentosa. A doente cumpria os critérios do RegiSCAR para diagnóstico definitivo de DRESS. O início recente de terapêutica com alopurinol sustentou a etiologia.

Após suspensão imediata do alopurinol e início de prednisolona (1 mg/kg/dia), verificou-se melhoria significativa nas primeiras 96 horas. Ao longo de três semanas seguintes, ocorreu resolução completa dos sintomas gastrointestinais, normalização da eosinofilia e recuperação total da função renal.

Este caso evidencia uma apresentação rara de DRESS, na qual a colite eosinofílica grave constituiu a manifestação inaugural e dominante, sublinhando a importância de considerar este diagnóstico em doentes com diarreia refratária e eosinofilia, mesmo na ausência de envolvimento cutâneo exuberante.



CASO CLÍNICO

Introdução

O Síndrome de Boerhaave é uma causa rara, mas potencialmente fatal, de dor torácica aguda após episódios de vômitos intensos/esforço. Corresponde a uma rutura espontânea transmural esofágica, cuja apresentação clássica é designada de tríade de Mackler: dor torácica súbita, vômitos intensos e enfisema subcutâneo. Apesar disso, é um diagnóstico desafiante, dada a sua apresentação inespecífica, podendo evoluir para mediastinite, sépsis e choque. Trata-se de uma emergência médica cujo tratamento pode envolver abordagem cirúrgica, drenagem de coleções e antibioterapia de largo espectro. O prognóstico depende fortemente da rapidez do diagnóstico e intervenção, sendo a mortalidade significativamente elevada quando há atraso terapêutico.

Caso Clínico

Homem, 49 anos trazido ao SU durante o período da tarde por precordialgia com sensação de opressão torácica, constante sem irradiação, acompanhada por sudorese profusa após esforços, de manhã, enquanto trabalhava no campo. Com dois episódios de vômito ao almoço. Ao exame objetivo de salientar taquicardia e taquipneia. Em relação aos exames realizados: ECG normal, gasimetria em ar ambiente com alcalose respiratória, analiticamente: ligeiro aumento de troponina e elevação de d-dímeros. Pedido Angio-TAC tórax que evidenciou pneumomediastino com extensão à região cervical, colocando a suspeita de Síndrome de Boerhaave. Foi pedido apoio da Cirurgia Geral que concordou com a suspeita diagnóstica. O doente iniciou Cefuroxima e Metronidazol, fluidoterapia, analgesia, relaxante e anti-emético. Posteriormente realizou endoscopia digestiva alta que verificou laceração longitudinal no esófago inferior (4cm), provavelmente traumática, tendo sido encerrada sem complicações. Ficou internado ao cuidado do serviço de Cirurgia Geral, com nutrição parentérica, para monitorização e realização de esquema de antibioterapia profilática. Ao 7º dia de internamento realizou reavaliação imagiológica onde se confirma esófago patente sem sinais de fuga ou alterações periesofágicas. Iniciou dieta líquida com sucesso. Mantém-se internado para conclusão de antibioterapia e monitorização.

Discussão

Este caso clínico é interessante, não só por se tratar de uma síndrome rara, como também por nos lembrar que nem sempre o doente apresenta os sintomas clássicos ou a evolução mais típica, tornando-se num desafio clínico, em que a janela de ação é relevante. Para além disso, ressaltar a importância dos meios complementares de diagnóstico neste caso, o que possibilitou uma intervenção atempada e um melhor prognóstico.

PO 046

DE UMA DOR DE DENTES A UMA URGÊNCIA VITAL: RECONHECER A ANGINA DE LUDWIG

Inês Sousa Fernandes; Vitor Oliveira; Rita Sarmiento; Mariana Macedo Cardoso; João Freitas; Nuno Monteiro; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

CASO CLÍNICO

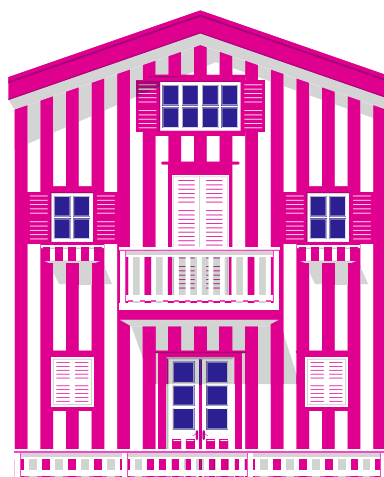
Introdução

A angina de Ludwig caracteriza-se como uma celulite agressiva, de rápida disseminação que afeta o espaço submandibular. Pode depois progredir por continuidade para o espaço parafaríngeo, retrofaríngeo e mediastino superior. Suspeita-se em doente com má dentição ou imunossupressão. É normalmente uma infeção polimicrobiana da flora oral.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 68 anos, autónoma, enviada ao serviço de urgência por dispneia e dificuldade na deglutição por sinais inflamatórios região submandibular. Antecedentes relevantes de hipotireoidismo e obesidade. Ao exame objetivo inicial apresentava-se consciente e orientada, hipotensa, taquicárdica e apirética, com insuficiência respiratória hipoxémica; sinais inflamatórios na região submandibular e abdómen globalmente doloroso à palpação. Múltiplas cáries dentárias e piorreia. Gasometria arterial com hiperlactacidémia (4.5). Iniciou fluidoterapia, colhidas hemoculturas e iniciada antibioterapia. Ecografia e TC cervicais identificaram coleções abcedadas no espaço submandibular e posterior ao espaço sublingual, à direita e à esquerda, com enfisema subcutâneo na região submandibular, ao longo do feixe jugulocarotídea direito e espaço retrofaríngeo, com extensão ao mediastino. Edema e compressão da via aérea. Feita drenagem pela cirurgia maxilofacial com saída abundante de conteúdo purulento do qual se colheu amostra. Foi posteriormente admitida na unidade de cuidados intensivos (UCI) onde cumpriu 10 dias de Amoxicilina-Ácido Clavulânico e Clindamicina e 3 dias de Piperacilina Tazobactam. Cultura de pús positiva para *Enterobacter hormaechei*, cumprindo 29 dias Meropenem. Necessidade de múltiplas intervenções para drenagem. Feita traqueostomia cirúrgica e colocada PEG. Posteriormente recuperou a capacidade de deglutição e removeu traqueostomia.

Dado o alto potencial de obstrução das vias aéreas e de mediastinite, reconhecer o problema e agir rapidamente é fulcral para obter resultados positivos, em doentes com múltiplas comorbilidades e clínica respiratória clara torn-se um diagnóstico diferencial muito importante a considerar.



PO 049

ANIMAIS NA ANAMNESE, CORAÇÃO EM ALERTA: MIOPERICARDITE POR FEBRE

Mariana da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Introdução

A Febre Q, causada por *Coxiella burnetii*, é uma zoonose com um amplo espectro clínico, variando de formas assintomáticas a doença com envolvimento multissistémico. O envolvimento cardíaco mais frequente corresponde à endocardite crónica, sendo a miocardite e/ou pericardite manifestações mais raras, sobretudo na fase aguda. Apresenta-se um caso de envolvimento miocárdico e pericárdico grave, com contexto desta infeção, com impacto prognóstico significativo.

Caso clínico

Doente de 71 anos de idade, sexo masculino, autónomo, residente em meio rural e criador de ovinos, com antecedentes de disritmia cardíaca e bloqueio completo de ramo esquerdo, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia, dispneia, náuseas, mialgias e picos febris com uma semana de evolução, com agravamento progressivo e necessidade de recorrer várias vezes ao serviço de urgência. Ao exame objetivo apresentava-se febril e hipoxémico. Analiticamente evidenciava elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 21,5 mg/dL), trombocitopenia ligeira e padrão de citocolestase. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou áreas de opacidades pulmonares em vidro despolido e adenopatia hilar direita. O ecocardiograma inicial revelou uma FEVE 37%, sem vegetações. Internado sob a hipótese diagnóstica de sépsis de foco indeterminado, tendo iniciado empiricamente piperacilina/tazobactam. O estudo etiológico, incluindo antigenúrias e serologias para agente infeccioso foi negativo, excepto o estudo serológico para *Coxiella burnetii*, tendo revelado positividade para fase II IgG e IgM, sendo, pelo contexto epidemiológico, assumido o diagnóstico de febre Q aguda e iniciou doxiciclina, que cumpriu durante 14 dias, com evolução clínica e analítica favoráveis (regressão da febre, normalização dos parâmetros inflamatórios e das enzimas hepáticas). Durante o internamento, registaram-se 2 episódios de instabilidade elétrica significativa, com alternância entre bradiarritmias e taquiarritmias sintomáticas. A RM cardíaca a revelar FEVE de 27% e critérios imagiológicos de miopericardite aguda (Lake Louise II), atribuída à infeção em causa. Procedeu-se à otimização da terapêutica modificadora de prognóstico e controlo do ritmo. Dada a disfunção ventricular significativa e instabilidade arritmica, foi implantado dispositivo de ressincronização cardíaca com cardioversor-desfibrilhador (CRT-D). Em seguimento, verificou-se evolução clínica favorável, com melhoria funcional e controlo de ritmo.

Discussão

Este caso sublinha a relevância de uma anamnese detalhada na importância de identificação de contexto epidemiológico na abordagem de febre sem foco, levando à suspeita de zoonose e à orientação da investigação etiológica. Reforça ainda a necessidade de considerar manifestações raras como a miopericardite aguda e o seu impacto na evolução clínica, tendo a vigilância permitido a identificação de precoce de complicações, conduzindo a intervenção atempada com terapêutica dirigida e implantação de CRT-D, com benefício clínico e prognóstico.

PO 052

TROMBOSE RECORRENTE: ENTRE A RECIDIVA E A INCERTEZA

Marta Amaro; Mariana da Silva Alves; Baltazar Gabriel Oliveira; Nataliya Nedzelska

ULSMT

CASO CLÍNICO

A trombose venosa da veia jugular interna é uma entidade rara, habitualmente associada a fatores locais, infeção ou procedimentos cervicais. A sua evolução crónica e a associação a eventos tromboembólicos recorrentes colocam desafios significativos na estratificação do risco e na decisão sobre a duração da anticoagulação, sobretudo na ausência de trombofilias major identificáveis.

Doente do sexo feminino, 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e sem história prévia de tromboembolismo venoso, negando tabagismo e toma de anticoncetivos orais, diagnosticada com trombose da veia jugular interna esquerda associada a tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar e subsegmentar. Não foi identificado fator precipitante inequívoco, admitindo-se possível relação temporal com procedimento dentário prolongado.

Após três meses de anticoagulação verificou-se resolução imagiológica do TEP, mantendo-se oclusão total crónica da veia jugular interna esquerda. A investigação trombofílica, realizada em diferentes momentos, foi consistentemente negativa para trombofilias major, tendo sido identificados apenas polimorfismos genéticos comuns, sem impacto comprovado na estratificação do risco trombótico. A doente suspendeu anticoagulação após parecer multidisciplinar.

Cerca de quatro anos depois recorreu ao serviço de urgência por cefaleias, tendo sido diagnosticada trombose venosa do seio sigmóide e lateral esquerdos, em provável relação com a trombose jugular crónica. Reiniciou anticoagulação, mantendo-se sob vigilância em consulta especializada. Encontra-se clinicamente estável, sem novos eventos trombóticos, a cumprir anticoagulação oral de duração indefinida.

Este caso ilustra uma evolução atípica do tromboembolismo venoso, com trombose crónica da veia jugular interna associada a recorrência trombótica cerebral tardia, na ausência de trombofilia major identificada. Apesar da realização de estudos trombofílicos repetidos, não foi possível demonstrar um substrato trombofílico major, sendo reconhecido que, à luz da evidência científica e das ferramentas laboratoriais atualmente disponíveis, nem sempre é possível identificar uma causa definitiva para eventos trombóticos de repetição. Nestes contextos, a principal dificuldade clínica reside na decisão de manter ou suspender a anticoagulação, particularmente quando não é claro se o evento foi verdadeiramente provocado por um fator transitório já ultrapassado ou se existe um mecanismo pró-trombótico subjacente não detetável. Esta decisão, com impacto prognóstico significativo, implica ponderar o risco hemorrágico associado à anticoagulação face ao risco de recorrência trombótica potencialmente incapacitante ou fatal, devendo ser individualizada e discutida em contexto multidisciplinar.

PO 053

NEM TUDO O QUE EMAGRECE É NEOPLASIA: A COLUNA REVELOU ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Mariana da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; André Neto Real; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Introdução

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória que afeta predominantemente o esqueleto axial, associada a rigidez e queixas algícas inflamatórias progressivas. Embora tipicamente se inicie em idades mais jovens, a sua apresentação pode ser insidiosa e heterogênea, particularmente em fases avançadas, podendo se manifestar com sintomas constitucionais e limitação funcional progressiva, o que pode atrasar o diagnóstico. Este caso ilustra uma forma de apresentação que simula síndrome constitucional de provável etiologia neoplásica.

Caso clínico

Doente de 63 anos de idade, sexo masculino, natural de Cabo Verde, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, admitido para estudo de síndrome constitucional com cerca de dois anos de evolução, caracterizado por astenia marcada, perda ponderal significativa (cerca de 20% em um ano) e perda progressiva de autonomia, sem febre ou outros sintomas B relevantes. A anamnese revelou início insidioso de lombalgia e cervicalgia com características inflamatórias, tendo evoluído para rigidez cervical, escapular e da cintura pélvica marcadas, com limitação funcional progressiva. À admissão encontrava-se emagrecido, parcialmente dependente, com limitação acentuada da mobilidade axial e proximal. Analiticamente apresentava anemia normocítica/normocrômica (Hb 9,4 g/dL) e elevação dos marcadores analíticos de inflamação (VS 120 mm/h e PCR 8 mg/dL). O estudo etiológico alargado, incluindo investigação infecciosa, neoplásica e autoimune foi negativo. Destacou-se positividade para HLA-B27. A TC da coluna evidenciou anquilose das articulações sacroilíacas, blocos anquilóticos multifocais e pontes ósseas intersomáticas, compatíveis com espondilite axial. A RM da bacia confirmou alterações estruturais crônicas compatíveis com sacroileíte prévia, sem sinais de atividade inflamatória. Perante os achados clínicos e imagiológicos, foi estabelecido o diagnóstico de espondilite anquilosante em fase estrutural avançada. Iniciou terapêutica com naproxeno e programa de reabilitação, com melhoria clínica e funcional. Mantém seguimento em consulta de doenças autoimunes, encontrando-se em avaliação para terapêutica biológica.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação atípica de espondilite anquilosante, marcada por síndrome constitucional prolongado, perda ponderal significativa e perda funcional progressiva, mimetizando fortemente patologia neoplásica ou infecciosa. A valorização tardia das queixas de algícas contribuiu para atraso do diagnóstico e evolução para doença estrutural avançada. A integração clínico-imagiológica foi determinante para o diagnóstico, assim como a exclusão sistemática de etiologias alternativas, salientando a importância de uma abordagem sistematizada perante síndrome constitucional de causa indeterminada, sem esquecer espondiloartrites como diagnóstico diferencial. O reconhecimento precoce é essencial para prevenir progressão para dano estrutural irreversível.

PO 055

QUANDO A SINUSITE COMPLICA: DO SEIO ESFENOIDAL AO SEIO CAVERNOSO

**Mariana da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro;
Rita Calixto; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Introdução

A rinosinusite aguda é geralmente uma patologia benigna e autolimitada. Contudo, pode evoluir para complicações graves por disseminação contígua ou hematogênea. A trombose do seio cavernoso é uma complicação rara, mas potencialmente fatal mais frequentemente associada a infecção bacteriana dos seios etmoidais e esfenoideais. A apresentação clínica pode ser inespecífica, dificultando o seu reconhecimento precoce e atrasando o diagnóstico, com impacto significativo no diagnóstico. Este caso ilustra a progressão de uma rinosinusite para trombose do seio cavernoso, em uma doente com apresentação inicial inespecífica.

Caso clínico

Doente de 69 anos de idade, sexo feminino, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia holocraniana tipo pressão, refratária a analgesia, com quarto dias de evolução, associada a febre e episódio isolado de vômito alimentar. Negava outras queixas focais. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética e sem alterações neurológicas ao exame objetivo. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 21,51 mg/dL), sem disfunção orgânica associada. A TC crânio-encefálica evidenciou sinusite esfenoidal direita, tendo iniciado antibioterapia empírica com ceftriaxone. Apesar de ter apresentado inicialmente melhoria analítica, durante a evolução, quatro sets de hemoculturas isolaram *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível, tendo sido ajustada antibioterapia para flucloxacilina dirigida. O ecocardiograma transtorácico excluiu endocardite. Manteve picos subfebris e apresentou agravamento clínico subsequente, nomeadamente lentificação psicomotora e alteração comportamental. Perante esta evolução, realizou RM crânio-encefálica que revelou trombose do seio cavernoso direito, provavelmente séptica, associada a sinusopatia etmoide-esfenoidal complicada, com suspeita de mucopielocelo esfenoidal.

A doente foi transferida para centro de referência, tendo sido submetida a esfenoidotomia direita com drenagem de material purulento. O estudo microbiológico isolou *Haemophilus influenzae* e *S. aureus* meticilino-sensível. Após ajuste de antibioterapia dirigida com ceftriaxone 2 gramas, verificou-se melhoria clínica progressiva. A reavaliação imagiológica com RM demonstrou resolução da trombose.

Discussão

Este caso ilustra uma complicação rara e potencialmente fatal da rinosinusite bacteriana, frequentemente subestimada em contexto de urgência ou interpretada como mero achado imagiológico. A apresentação inicial inespecífica pode atrasar o diagnóstico, sendo fundamental manter elevada suspeição clínica perante ausência de resposta à antibioterapia. A reavaliação imagiológica e a abordagem multidisciplinar foram determinantes para o diagnóstico e tratamento atempados, com impacto favorável no prognóstico.

PO 063

E TUDO COMEÇOU NUMA FEBRE SEM FOCO: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PERITONEAL

Ana Barradas; Beatriz Fernandes; Clara Pinto; Carolina Amado; Ana Micaela Martins;
Susana Cavadas

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A tuberculose (TB) é uma das principais causas infecciosas de morte no mundo. A TB abdominal representa cerca de 5% dos casos e pode envolver peritонеu, intestino e/ou gânglios linfáticos. A TB peritoneal (TBP) ocorre frequentemente por reativação de infeção latente e manifesta-se sobretudo por ascite (93%), dor abdominal (73%) e febre (58%). Os sintomas podem persistir semanas ou meses antes do diagnóstico.

Caso Clínico

Homem de 84 anos, autónomo, enfermeiro reformado do Centro de Diagnóstico Pneumológico, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos e sem antecedentes de TB ou viagens recentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre vespertina ondulante com 3 meses de evolução, associada a distensão abdominal, sudorese noturna e perda ponderal de 10%. Analiticamente apresentava anemia microcítica/hipocrômica, linfopenia e PCR 11,47 mg/dL. Radiografia torácica sem alterações; serologias víricas, hemoculturas e pesquisa de BK na urina negativas. A TC abdominal revelou ascite moderada com fígado normodimensionado e lesão intravesical suspeita de neoplasia, posteriormente excluída. O líquido ascítico apresentava ADA 56,1 UI/L, proteínas 5,1 g/dL e 949 células/ μ L com predomínio linfocítico; exame direto, cultura e PCR para BK negativos. O estudo hematológico identificou MGUS IgG/kappa. Foi ainda excluído síndrome VEXAS por estudo genético. Perante exposição laboral prévia, quadro clínico sugestivo e ADA elevado no líquido ascítico, assumiu-se provável TBP em contexto de reativação de infeção latente, iniciando prova terapêutica com tuberculostáticos, com resolução da febre e melhoria da distensão abdominal. Após 6 meses verificou-se evolução clínica, analítica e imagiológica favorável, sem ascite.

Discussão

Este caso evidencia a importância de suspeição clínica na TBP de apresentação indolente. Foram excluídas doença hepática crónica, malignidade, doença hematológica e síndrome VEXAS. A febre prolongada associada a ascite com ADA >39 UI/L, proteínas >3 g/dL e predomínio linfocítico em doente não cirrótico sustentou o diagnóstico. Apesar da pesquisa de BK negativa, a resposta à terapêutica confirmou fortemente TBP.

PO 072

OBSTRUÇÃO DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO APRESENTAÇÃO DE RECIDIVA DE LINFOMA

Marta Amaro; Mariana da Silva Alves; Baltazar Gabriel Oliveira; Natalya Nedzelska

ULSMT

CASO CLÍNICO

A obstrução da veia cava superior pode apresentar-se de forma variável, desde quadros clássicos exuberantes até formas insidiosas e transitórias, potencialmente subvalorizadas. Em doentes com antecedentes de doença linfoproliferativa, a identificação precoce da etiologia é fundamental, podendo traduzir recidiva ou transformação histológica.

Homem de 61 anos, autónomo, com antecedentes de linfoma não-Hodgkin B folicular grau 2 estágio IV, tratado em 2008 com R-CHOP, em remissão completa e vigilância anual. Recorre por edema do membro superior direito, face e pescoço, de instalação progressiva ao longo de semanas. Refere que, coincidentemente com o início dos sintomas, picou-se num cacto no antebraço direito.

Foi inicialmente observado em contexto de urgência e posteriormente por Hematologia, tendo o quadro sido interpretado como provável etiologia inflamatória/alérgica, com instituição de corticoterapia. O doente foi encaminhado para consulta de Medicina Interna pelo médico de família, que, apesar da melhoria do edema, e atendendo aos antecedentes pessoais, levantou prontamente a hipótese de etiologia compressiva, tendo solicitado TC toraco-abdomino-pélvica, que revelou massa mediastínica superior com cerca de 7,3 cm, envolvendo e ocluindo parcialmente a veia cava superior e a veia jugular interna direita, com circulação colateral exuberante, compatível com obstrução da veia cava superior.

O doente foi referenciado para abordagem multidisciplinar, tendo realizado biópsia por VATS, que confirmou transformação em linfoma difuso de grandes células B. Evoluiu com progressão sob quimioterapia de segunda linha, sendo posteriormente proposto para terapêutica com CAR-T cells, atualmente em curso, com resposta completa aos 6 meses. Este caso evidencia a importância da reavaliação clínica integrada em doentes com antecedentes oncológicos, mesmo perante melhoria sintomática e interpretações iniciais benignas. A obstrução da veia cava superior pode apresentar-se de forma atípica, com desenvolvimento de circulação colateral e resolução parcial dos sintomas, nomeadamente após terapêutica sintomática, como corticoterapia, contribuindo para atraso diagnóstico. A Medicina Interna assume um papel central na integração clínica e na decisão diagnóstica, permitindo a identificação de situações potencialmente graves e a referenciação célere para centros diferenciados. Neste caso, esse percurso foi determinante para o acesso a terapêutica inovadora CAR-T cells, atualmente uma opção em linfomas agressivos refratários.

Salienta-se a necessidade de manter elevado índice de suspeição e uma abordagem global do doente, fundamentais para impactar o prognóstico.

PO 083

HIPOGLICEMIA PARANEOPLÁSICA NO HEPATOCARCINOMA: UM DESAFIO CLÍNICO

Natália Pires¹; António Moreira Monteiro²; Ana Patrícia Freitas¹; Carla Maravilha¹; Tomás Bragança Ribau²; Mário Bibi¹

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

Introdução

O hepatocarcinoma (HCC) pode associar-se a síndromes paraneoplásicas, entre as quais a hipoglicemia, uma manifestação rara mas potencialmente grave. Esta pode resultar de consumo tumoral aumentado de glicose ou da produção de fatores semelhantes à insulina, nomeadamente IGF-2. O reconhecimento desta entidade é fundamental pelo seu impacto prognóstico e terapêutico.

Caso clínico

Homem de 80 anos, autónomo e cognitivamente preservado, deambulando com bengala, diagnosticado em maio de 2025 com hepatocarcinoma volumoso em contexto de fadiga e hipersudorese noturna. A TC toracoabdominopélvica revelou fígado aumentado, com volumosa massa envolvendo lobo esquerdo, caudado e parte do lobo direito, com cerca de 21×14×13 cm, hipervascular, com captação periférica e necrose central, apresentando washout significativo, compatível com HCC. Observavam-se ainda múltiplos nódulos hepáticos no lobo direito (1–2 cm), sugestivos de disseminação intra-hepática. Sem dilatação biliar, adenomegalias ou ascite. Evolutivamente desenvolveu anemia macrocítica com necessidade transfusional e episódios de hipoglicemia persistente. O estudo revelou IGF-1 diminuído (<15) e IGF-2 elevado (352), sugerindo hipoglicemia paraneoplásica mediada por IGF-2. Manteve necessidade de perfusão de glicose e iniciou corticoterapia. Apesar das medidas instituídas, verificou-se evolução clínica desfavorável, com óbito no contexto de doença avançada.

Discussão

A hipoglicemia associada ao HCC pode ocorrer por dois mecanismos principais: consumo aumentado de glicose por tumores volumosos (tipo A) ou produção de IGF-2 (“big IGF-2”), que mimetiza a ação da insulina (tipo B). Esta última caracteriza-se por baixos níveis de insulina e IGF-1 e níveis elevados de IGF-2, como observado neste caso. Clinicamente manifesta-se por episódios recorrentes de hipoglicemia de difícil controlo, sendo frequentemente marcador de doença avançada e pior prognóstico. O tratamento é desafiante, baseando-se em medidas de suporte, sendo a corticoterapia sistémica normalmente iniciada e, quando possível, controlo da doença de base. Este caso evidencia a importância de reconhecer a hipoglicemia como manifestação paraneoplásica do HCC, reforçando o seu valor como marcador de gravidade e a necessidade de abordagem multidisciplinar.

PO 085

VASCULITE POR IGA NO IDOSO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA E DESAFIO DIAGNÓSTICO

Pedro Jordão de Freitas; Ana Filipa Martins; Maria João Costeira Pereira;
Cleide José Maria; Alexandra Mendes; Pedro Martins Gonçalves; Joana Morais;
Ana Andrade Oliveira

HOSPITAL DE BRAGA

CASO CLÍNICO

Introdução

A Vasculite por IgA (IgAV), ou Púrpura de Henoch-Schönlein, é uma vasculite sistémica de pequenos vasos mediada por imunocomplexos de IgA. 90% dos casos ocorre em idade pediátrica e com um curso autolimitado. Em adultos, sobretudo idosos, é rara e pode associar-se a apresentações atípicas e maior risco de nefropatia.

Caso Clínico

Mulher de 75 anos, com antecedentes de artroplastia por gonartrose e lombociatalgia intervencionada (L3–L5), recorreu ao SU por lesões purpúricas e nodulares, eritemato-violáceas, não pruriginosas, envolvendo os membros, com 24 horas de evolução. Referia infeção respiratória recente e administração intramuscular de betametasona por lombalgia previamente ao aparecimento das lesões. Analiticamente apresentava ANCA negativo, taxa de filtração glomerular estimada de 77 mL/min/1,73 m², eritrocitúria e rácio proteína/creatinina urinário de 0,2 mg/mg. A biópsia cutânea revelou vasculite leucocitoclástica com depósitos de IgA e C3 na imunofluorescência direta, confirmando o diagnóstico de IgAV.

Perante persistência de lesões cutâneas extensas, iniciou corticoterapia com três pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisolona oral em desmame progressivo. Durante o seguimento manteve a função renal estável, sem agravamento do sedimento urinário.

Discussão

O diagnóstico de IgAV em idosos pode ser desafiante, pela incidência de comorbilidades com potencial confundente, risco aumentado de nefropatia e curso prolongado nesta faixa etária. Este caso destaca-se pela ocorrência em idade avançada, apresentação cutânea exuberante e possível associação temporal com infeção respiratória e exposição medicamentosa, circunstâncias que dificultaram o diagnóstico diferencial, necessitando de confirmação histológica. Nas manifestações sistémicas severas os corticosteróides são primeira linha terapêutica, contudo, não devem ser usados profilaticamente devido aos seus potenciais efeitos laterais e ao impacto débil na prevenção de complicações

TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE ADENOMA HEPÁTICO INDUZIDA POR ESTEROIDES ANABOLIZANTES: UM CASO CLÍNICO.

André Bastos¹; Christian Neves²; Sérgio Costa Monteiro²; João Diogo Faustino²; José Guilherme Tralhão³; Margarida Eulálio²

1. IPO LISBOA

2. CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

3. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CASO CLÍNICO

Introdução

Os adenomas hepáticos (AH) são tumores benignos raros, mais prevalentes em mulheres jovens, com um importante contributo dos contraceptivos orais. No entanto, a sua incidência tem aumentado no sexo masculino associada ao consumo de esteroides anabolizantes. Apesar do comportamento habitualmente benigno, podem sofrer rutura, hemorragia e, mais raramente, transformação maligna. A associação entre esteroides anabolizantes e o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (CHC) tem sido extensamente descrita. Apresenta-se um caso clínico de CHC num doente jovem e sem doença hepática prévia, associado ao desenvolvimento de múltiplos adenomas hepáticos pelo uso de esteroides anabolizantes.

Caso Clínico

Homem de 32 anos, fisiculturista, com queixas de dor abdominal. História de uso de testosterona e estanozolol desde há vários anos. Ao exame físico, IMC de 38Kg/m², sem estigmas de doença hepática crónica ou outras alterações. Do estudo, AST 445U/L e ALT 953U/L, alfafetoproteína (AFP) e restantes estudo normal (serológico, imunológico e autoimune); TC trifásica e RM com contraste hepatoespecífico mostraram hepatomegalia com múltiplas lesões sugestivas de AH, algumas com sinais de hemorragia recente, uma delas suspeita de malignidade; TC de corpo sem lesões à distância. Foi submetido a segmentectomia 3/4b, cujo exame anatomopatológico revelou um CHC bem diferenciado (G1), estágio T1b, sem invasão microvascular. Manteve seguimento regular, assintomático, com AST e ALT 1-2x LSN, AFP persistentemente normal, sem sinais de metastização à distância, mas valores de testosterona persistentemente elevados e desenvolvimento de hipertireoidismo secundário ao consumo de levotiroxina sem prescrição médica. Após um ano, a RM mostrou crescimento significativo das restantes lesões hepáticas, tendo sido proposta nova hepatectomia.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação rara de CHC, num doente jovem e sem doença hepática subjacente, reforçando a associação bem documentada entre o uso de esteroides anabolizantes e o desenvolvimento de tumores hepáticos. A manutenção do uso destas substâncias, aliada ao crescimento progressivo das lesões corrobora esta associação, que ocorre tipicamente após vários anos, embora estejam descritos casos com exposição de meses. Os AH apresentam um risco de malignização estimado de 4-5%, particularmente no sexo masculino e lesões >5 cm, características presentes no caso descrito, podendo a distinção imagiológica entre AH e CHC ser desafiante. Os esteroides anabolizantes promovem não só o crescimento e hipervascularização dos AH/CHC, como também induzem alteração estrutural nos sinusoides hepáticos (peliose hepática), conferindo risco de hemorragia, como observado neste caso, e adicionalmente, podem mimetizar lesões hepáticas, dificultando ainda mais o diagnóstico imagiológico. Assim, com este caso pretende-se reforçar a importância de uma vigilância rigorosa e de uma abordagem multidisciplinar na gestão destas lesões.

HEPATITE AGUDA: A IMPORTÂNCIA DE NÃO PARAR NO DIAGNÓSTICO INICIAL

Adriana Almeida; Sofia Festa; Sara Silva; Bernardo Silvério; Angela Coelho

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

A hepatite E é uma causa subdiagnosticada de hepatite aguda em países desenvolvidos, frequentemente não incluída no estudo inicial de hepatite com citólise importante. Pode mimetizar outras etiologias sobretudo quando associada a alterações analíticas marcadas como hiperferritinemia.

Caso Clínico

Mulher de 60 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, admitida por icterícia e colúria com uma semana de evolução. Negava consumo alcoólico, medicação recente ou exposição a hepatotóxicos. Referia contacto com animais, incluindo suínos. Analiticamente apresentava lesão hepática de padrão hepatocelular (AST 1696 U/L, ALT 1802 U/L), hiperbilirrubinémia (BT 9,41 mg/dL) e elevação de FA/GGT. Foi internada para estudo. Destacava-se hiperferritinemia significativa (4176 ng/mL) com saturação de transferrina de 56%. O estudo etiológico foi negativo para hepatites A, B e C, VIH e autoimunidade. Foi identificada mutação H63D em homozigotia, sem evidência imagiológica de sobrecarga férrica. O estudo para VHE revelou serologia positiva e deteção de RNA viral durante o internamento, confirmando infeção aguda. Em reavaliação posterior em consulta, verificou-se negatificação do RNA, compatível com resolução espontânea da infeção. A doente evoluiu favoravelmente, sem critérios para terapêutica antiviral com ribavirina.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação de hepatite E com hiperferritinemia marcada, potencial fator de confusão diagnóstica, particularmente na presença de alterações genéticas associadas ao metabolismo do ferro. A confirmação por RNA viral é essencial para o diagnóstico de infeção ativa, sendo a serologia isoladamente insuficiente para definir a fase da doença. Em indivíduos imunocompetentes, a infeção por VHE é habitualmente autolimitada.



PO 098

NEW-ONSET ATRIAL FLUTTER UNMASKING CONTRAST-INDUCED THYROTOXICOSIS

Lúcia Silva

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

CASO CLÍNICO

Introduction

Iodine-induced hyperthyroidism, also known as Jod-Basedow syndrome, is a rare and often under-recognized cause of thyrotoxicosis, with a reported prevalence of 0.05-5%. It typically follows exposure to large amounts of exogenous iodine, most commonly from iodinated contrast media. Symptoms usually develop within weeks of exposure, although onset may range from hours to several weeks. Elderly patients, those with underlying thyroid disease or chronic kidney disease are at increased risk. Cardiac manifestations, particularly atrial arrhythmias, may be the initial presentation.

Clinical Case

An 87-year-old woman with type 2 diabetes and stage 3 chronic kidney disease presented to the emergency department with tachycardia and orthopnea one day after undergoing a contrast-enhanced computed tomography scan. On examination, she had irregular heart sounds, and thyroid palpation was unremarkable. Electrocardiography revealed new-onset atrial flutter with rapid ventricular response. Laboratory evaluation showed suppressed TSH (0.13 μ U/L, previously normal on October 2025 – 1.71 μ U/L), elevated free T4 (2.43 ng/dL, reference 0.8-1.8 ng/dL), normal free T3 (2.59 pg/mL, reference 2.3-4.2 pg/mL), stable renal function, and normal cardiac biomarkers. Thyroid autoimmunity was excluded (negative anti-TPO, anti-thyroglobulin, TRAb and TSI), and a recent thyroid ultrasound showed no nodular disease. Alternative causes of thyrotoxicosis, including exogenous thyroid hormone use or iodine-containing medications were excluded. Given the close temporal relationship with recent iodinated contrast exposure and the exclusion of alternative etiologies, contrast-induced thyrotoxicosis was diagnosed. The patient was started on propranolol and anticoagulation, with favorable clinical course. Within one week, heart rate and thyroid function improved significantly (TSH 0.89 μ U/L and free T4 1.18 ng/dL). She was discharged with outpatient follow-up, including Holter monitoring and echocardiography.

Discussion

This case illustrates an under-recognized complication of iodinated contrast exposure, particularly in elderly patients with comorbidities. The unusually rapid onset of thyrotoxicosis within 24 hours suggests that iodine-induced hyperthyroidism may occur earlier than traditionally described. Cardiac arrhythmias, such as atrial flutter, may be the first manifestation, increasing the risk of delayed diagnosis.

Although often self-limited, conservative management with beta-blockers and anticoagulation may be sufficient in mild cases, while thionamides should be reserved for more severe forms. Clinicians should maintain a high index of suspicion following iodinated contrast exposure, especially in high-risk populations. Early recognition of contrast-induced thyrotoxicosis is essential to prevent cardiovascular complications, particularly in vulnerable patients.

PO 101

POLISEROSITE POR ENDOMETRIOSE

**Diana Filipa Almeida; Inês Fernandes; Mariana Cardoso; Inês Albergaria;
Ana Abreu Nunes; Edite Nascimento**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES, EPE - HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO

CASO CLÍNICO

Introdução

A endometriose é uma doença ginecológica crónica caracterizada pelo desenvolvimento e presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A localização mais comum é na cavidade pélvica, contudo, de forma mais rara pode ocorrer em estruturas extrapélvicas como o diafragma, a pleura e o peritонеu, refletindo o seu potencial de disseminação para diferentes superfícies serosas.

Neste contexto, e embora rara, a endometriose pode manifestar-se sob a forma de poliserosite, definida pelo envolvimento inflamatório simultâneo de múltiplas membranas serosas. Esta apresentação atípica constitui um desafio diagnóstico, uma vez que pode mimetizar diversas doenças sistémicas, dificultando a identificação da etiologia e atrasando frequentemente a instituição de terapêutica dirigida.

Neste contexto, é importante o reconhecimento das diferentes manifestações de endometriose no sentido de otimizar o seu diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Caso clínico

Mulher de 32 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de tosse e dispneia para grandes esforços com evolução de dois meses, que agravava com o esforço e o decúbito dorsal, tolerando apenas o decúbito lateral esquerdo. Referia também dores abdominais intermitentes, trânsito intestinal irregular e noção de aumento do volume abdominal. Negava vômitos, febre, hipersudorese noturna, perda de peso.

Ao exame objetivo com mucosas descoradas, taquipneica em ar ambiente, com silêncio auscultatório no hemitorax direito. Abdómen globoso, distendido com dor à palpação generalizada de todos os quadrantes, mais intensa na região do epigastro, mas sem defesa. Apirética e sem edemas periféricos. Sem outras alterações de relevo.

Analiticamente apresentava proteína C reativa de 5.45 mg/l e hemoglobina de 11.2 g/dl. Gasimetricamente sem insuficiência respiratória. A radiografia do tórax apresentava pulmão branco à direita. A ecografia abdominopélvica descrevia um grande derrame pleural direito e ascite moderada. Foi realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora com drenagem de 1850 cc de líquido sero hemático, do tipo exsudato.

Foi internada para estudo. A destacar a Tomografia Computorizada toracoabdominopélvica que revelou alterações pélvicas sugestivas de endometriose, incluindo estruturas quísticas anexiais bilaterais, ovários em proximidade entre si ("kissing ovaries") e uma estrutura nodular sugestiva de implante, com extensão à parede anterior do reto. Excluiu-se neoplasia, linfoma e tuberculose, com evidência de endometriose extrapélvica. Iniciou terapêutica dirigida para endometriose com triporrelina e foi orientada para seguimento em Consulta de Ginecologia.

Discussão

O caso supracitado demonstra uma apresentação rara de endometriose sob a forma de poliserosite, destacando o seu potencial de envolvimento extrapélvico, a complexidade diagnóstica e gestão multidisciplinar associada. A consideração desta entidade no diagnóstico diferencial de serosites de etiologia indeterminada é essencial, particularmente em mulheres em idade reprodutiva.

DOR PÉLVICA AGUDA NA MULHER JOVEM: IMPORTÂNCIA DE UMA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA SISTEMATIZADA

Ana Pereira; Rodrigo Portazio; Nuno Maia Neves; Susana Coelho; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

CASO CLÍNICO

Introdução

A dor pélvica em mulheres em idade fértil constitui um motivo frequente de observação clínica, com prevalência estimada de 15–20%, englobando várias patologias dos foros ginecológico, urinário, gastrointestinal e músculo-esquelético. A sua abordagem requer sistematização diagnóstica rigorosa, sobretudo perante apresentações atípicas ou recorrentes.

Caso clínico

Mulher de 28 anos, com episódios autolimitados de hematúria macroscópica nos 6 meses prévios, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor pélvica de início súbito. No estudo analítico inicial destacava-se sedimento urinário com eritrocitúria (++), leucocitúria (+) e proteinúria (vestígios), tendo sido assumido o diagnóstico de infeção urinária e instituída terapêutica com fosfomicina.

Por persistência dos sintomas, recorreu novamente ao SU, tendo realizado avaliação ginecológica que excluiu gravidez, e ecografia pélvica endovaginal que evidenciou apenas discreta lâmina de líquido livre na cavidade pélvica. Nessa mesma avaliação, realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica, que já evidenciava varizes uterinas à esquerda, sem valorização clínica na altura, tendo tido novamente alta.

Por agravamento da dor, associada a náuseas e vômitos, foi internada para esclarecimento etiológico e controlo algico. Destacava-se ausência de elevação de parâmetros inflamatórios e persistência de hematúria (++) e proteinúria (vestígios) no sedimento urinário.

A ressonância magnética pélvica (RM) confirmou a presença de varizes peri-uterinas à esquerda, associadas a dilatação da veia ovárica esquerda, e compressão significativa da veia renal esquerda no trajeto entre a aorta e a artéria mesentérica superior, achados compatíveis com síndrome de Nutcracker.

Após controlo sintomático, esclarecido o diagnóstico, e formulado um plano terapêutico, a doente teve alta referenciada à consulta de cirurgia vascular. Foi submetida posteriormente a colocação de stent na veia renal esquerda, sem intercorrências, e com resolução da dor pélvica e da hematúria.

Discussão

A síndrome de Nutcracker é uma causa rara, frequentemente subdiagnosticada, mas relevante, de hematúria e dor pélvica. Resulta da compressão da veia renal esquerda que se posiciona entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior, levando a hipertensão venosa a montante e desenvolvimento de circulação colateral, nomeadamente varizes peri-uterinas.

A apresentação clínica é variável e pode incluir hematúria, dor abdominal ou lombar e sintomas de congestão pélvica, conduzindo frequentemente a múltiplas avaliações inconclusivas e a um diagnóstico tardio.

Este caso destaca a importância de uma abordagem diagnóstica sistematizada e da consideração de etiologias menos frequentes após exclusão das causas mais comuns, de forma a poder oferecer um plano terapêutico adequado em doenças com impacto significativo na qualidade de vida.

PO 113

DA CEFALeia À CEGUEIRA BILATERAL: A IMPORTÂNCIA DE SUSPEITAR DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

Mariana Ruão; João Afonso; Daniela Diniz; Joana Frutuoso

CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DAS CALDAS DA RAINHA

CASO CLÍNICO

Introdução

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes vasos com envolvimento sistémico que afeta indivíduos com mais de 50 anos e que cursa com um largo espectro de manifestações, desde sintomas sistémicos e inespecíficos a sintomas neurológicos focais.

A perda de visão é uma complicação possível, associada à neuropatia óptica isquémica anterior arterítica, e o reconhecimento precoce da doença é crucial para um tratamento imediato que pode evitar o envolvimento ocular contralateral e danos irreversíveis.

Caso clínico

Apresentamos uma mulher de 67 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por alterações visuais com 3 dias de evolução. Inicialmente a doente percecionou defeito campimétrico altitudinal superior apenas no olho direito, com agravamento progressivo, seguido de perda visual total súbita no olho contralateral, esquerdo, que motivou ida ao SU.

Associadamente com cefaleia frontal com 3 semanas de evolução, de agravamento progressivo e predomínio matinal, com irradiação mandibular e agravamento à mastigação. Estes sintomas levaram a várias idas à urgência e ao médico dentista. Na semana prévia à admissão também desenvolveu um quadro sistémico com febrícula vespertina e sudorese noturna.

Doente refere quadro de gastroenterite aguda no mês anterior.

À admissão com midríase bilateral, ausência de reflexos fotomotores, hemianopsia superior direita e cegueira total no olho esquerdo, sem outros défices neurológicos. Pulsos temporais palpáveis e indolores, sem outras alterações ao exame objetivo. Realizou angiotomografia crânio-encefálica que não mostrou alterações patológicas e no estudo analítico destacava-se PCR 8,3 mg/dL e VS 120 mm/h. Foi observada pela oftalmologia que evidenciou edema papilar bilateral pálido, sem hemorragias, acuidade visual de 3/10 no olho direito e ausência de perceção luminosa no olho esquerdo.

Foi assumido o diagnóstico de arterite de células gigantes com neuropatia óptica isquémica anterior arterítica bilateral e sequencial. Realizou metilprednisolona 1 g/dia endovenosa durante 3 dias, seguida de prednisolona 1 mg/kg/dia oral, com evolução clínica favorável, com resolução da cefaleia e sintomas constitucionais, bem como melhoria da acuidade visual no olho direito, mas mantendo défice visual no olho esquerdo.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação clássica da ACG mas com um diagnóstico tardio que levou a danos oculares bilaterais irreversíveis. A presença de cefaleia, claudicação mandibular, síndrome inflamatória e alterações visuais são altamente sugestivos da doença, no entanto, o aparecimento dos sintomas de forma sequencial e interpretados como independentes pela própria doente, dificultaram e atrasaram o diagnóstico.

Com este caso reforçamos a importância de manter elevada atenção e alerta perante sintomas inespecíficos e da necessidade da colheita de uma história clínica completa e pormenorizada que permita a associação de sintomas sistémicos e focais, evitando atrasos terapêuticos numa patologia em que a evolução temporal é determinante no prognóstico.

PO 128

INFECÇÃO PERIPROTÉSICA - MAIS UMA VÍTIMA DA INFECÇÃO HOSPITALAR!

GLORIA MARIA MAIA GONCALVES; Sílvia Oliveira; Linda Chorão; Manuel Rodrigues; Tatiana Salazar; Bernardo Silvério

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

CASO CLÍNICO

As infeções associadas aos cuidados de saúde, a resistência antibiótica e a emergência de microrganismos multirresistentes constituem um problema crescente na nossa prática clínica. Estas representam cerca de 10% das infeções dos doentes internados, constituindo as infeções periprotésicas cerca de 25% destas infeções.

Apresentamos o caso de um homem de 82 anos, autónomo, com antecedentes de obesidade, ex-fumador, doença pulmonar crónica, apneia do sono, estenose aórtica moderada e patologia osteoarticular com limitação funcional, seguido em consulta de Ortopedia por gonartrose direita pós-traumática. Admitido eletivamente para artroplastia total do joelho direito. Nas primeiras 72h pós-procedimento, apresentou febre, assumida no contexto de infeção respiratória nosocomial tratada com piperacilina/tazobactam com evolução favorável. Do ponto de vista cirúrgico, desenvolveu sinais inflamatórios locais, deiscência da ferida cirúrgica com documentação imagiológica de trajeto fistuloso. Discutido em equipa e, um mês após intervenção, decidida reintervenção cirúrgica com desbridamento cirúrgico com troca de componentes móveis, tendo-se isolado *Morganella morganii* multirresistente nos produtos intraoperatórios, iniciando terapêutica dirigida com ertapenem. O internamento complicou-se com anemia recorrente com necessidade transfusional, exacerbações da doença pulmonar e insuficiência cardíaca descompensada, com agravamento progressivo do estado clínico do doente e condições cirúrgicas. Perante persistência de infeção protésica, decidida nova reintervenção cirúrgica após 4 semanas, com desbridamento cirúrgico, remoção da prótese e colocação de espaçador cimentado com gentamicina. O novo isolamento microbiológico revelou *Enterobacter hormaechei* New Delhi Metallo-beta-lactamase, limitando opções terapêuticas. Inicialmente instituída antibioterapia combinada com aztreonam, ceftazidima/avibactam e gentamicina, pela possibilidade de sinergismo que não se confirmou. Atendendo a ausência de antibioterapia eficaz associado a evolução clínica desfavorável a impossibilitar nova abordagem cirúrgica, foi decidido controlo sintomático, acabando o doente por falecer.

Este caso ilustra a complexidade da abordagem das infeções hospitalares em contexto de microrganismos multirresistentes, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar e estratégia individualizada, considerando o prognóstico global do doente. O número crescente de infeções hospitalares mostra a necessidade de implementar, de forma urgente, novas estratégias de prevenção e controlo de infeção. Além disso, deve implementar-se o uso criterioso de antibioterapia de modo a evitar o surgimento de resistências crescentes, bem como motivar a investigação de novos antimicrobianos.

PO 129

CRISE EPILEPTICA: QUANDO A CAUSA ESTÁ NO IONOGRAMA E NÃO NO CÉREBRO

Isabel Novo; Filipa Guedes; Alexandra Azevedo; Glória Gonçalves; Adriana Basílio; Carla Melo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO AVE

CASO CLÍNICO

Introdução

A desidratação grave e os distúrbios hidroeletrólíticos constituem causas potencialmente fatais de alteração do estado de consciência e de instabilidade neurológica aguda, frequentemente subvalorizadas no contexto serviço de urgência (SU). Perdas gastrointestinais volumosas podem, em poucas horas, desencadear desequilíbrios eletrólíticos profundos com repercussão sistémica grave, incluindo crises epilépticas, instabilidade hemodinâmica e falência de órgão. O reconhecimento precoce destas situações é determinante para o prognóstico, assim como a sua etiologia pode ser rapidamente reversível quando identificada e tratada atempadamente.

Caso clínico

Homem de 39 anos, referenciado ao SU por epigastralgia, náuseas e diarreia profusa (~20 dejeções em 48h) após ingestão de alimentos deteriorados. Antecedente de miocardiopatia familiar por mutação genética. À admissão apresentava-se prostrado, asténico, com pele e mucosas desidratadas, olhos encovados e perfil hipotensivo. Durante a anamnese, ocorreu uma crise tónico-clónica generalizada autolimitada (<1 min), com recuperação rápida da consciência. Realizada gasimetria imediata a demonstrar uma hiponatremia de 113 mEq/L, hiperlactacidemia de 4,0 mmol/L, sem outros distúrbios ácido-base. Analiticamente, confirmou-se um Na⁺ 118 mEq/L; osmolalidade sérica e urinária normais e sódio urinário normal. Realizou uma tomografia computadorizada do crânio que excluiu complicações agudas e um eletroencefalograma sem alterações. Iniciada ressuscitação volémica com fluidoterapia, com reversão da hipotensão e normalização progressiva da natremia, sem necessidade de terapêutica adicional. O doente teve melhoria clínica marcada nas primeiras horas, permanecendo em vigilância e a completar estudo de outras causas potencialmente graves no internamento. Posteriormente alta com seguimento em consulta de Medicina Interna para reavaliação e vigilância de complicações pós-crise.

Discussão

Este caso é um exemplo de como exames simples e amplamente acessíveis — a gasimetria, o ionograma, a osmolalidade e o sódio urinário — são capazes de fornecer informação decisiva para o diagnóstico correto de patologias potencialmente fatais. A crise epiléptica, manifestação neurológica de uma perturbação metabólica grave, foi o sinal de alarme que conduziu ao diagnóstico de hiponatremia grave por depleção de volume. A abordagem terapêutica, aparentemente simples, revelou-se plenamente eficaz: a fluidoterapia de reposição volémica, criteriosamente doseada e sempre adaptada às comorbilidades cardíacas do doente, com monitorização rigorosa, foi suficiente para reverter um quadro de extrema gravidade. Este caso lembra-nos que causas graves podem ter tratamentos acessíveis desde que o diagnóstico seja atempado, sistematizado e sustentado numa avaliação clínica e analítica cuidadosa.

HEPATITE AGUDA A AMIODARONA ENDOVENOSA

Alexandra S. Machado; Ana Gabriela Paupério; Sofia Barbosa; João Gonçalves; Micaela Manuel; Rui Seixas; Teresa Pereira; Andreia Tavares

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA, HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, SANTA MARIA DA FEIRA

CASO CLÍNICO

Introdução

A amiodarona é um antiarrítmico classe III amplamente usado no tratamento de arritmias. A hepatotoxicidade aguda com a formulação endovenosa é um efeito adverso raro, mas potencialmente fatal.

Caso clínico

Homem de 66 anos, com antecedentes pessoais de tromboembolismo pulmonar, anticoagulado com apixabano 10mg/dia, e de insuficiência cardíaca com fração de ejeção moderadamente reduzida, de etiologia valvular por estenose aórtica grave, a aguardar correção cirúrgica. Admitido no serviço de urgência por insuficiência cardíaca descompensada, tendo desenvolvido flutter auricular durante a permanência neste. Iniciada estratégia de cardioversão química com bólus de 300mg de amiodarona endovenosa seguida de perfusão 900mg/24h. Das análises à admissão, destaca-se a elevação da GGT (140 U/L) e NT-proBNP 12391pg/mL. À reavaliação às 24h, apresentava melhoria sintomática, com reversão a ritmo sinusal, mas analiticamente identificava-se lesão hepática com padrão hepatocelular (AST 10923 U/L, ALT 4825 U/L, GGT 219 U/L, FA 251 U/L associado a hiperbilirrubinemia à custa da direta (bilirrubina total 4.87mg/dL, direta 3.33mg/dL), coagulopatia (INR 6.0, tempo de protrombina 70.5s), acidemia metabólica (pH 7.34, bicarbonato 16 mEq/L) com hiperlactacidemia (6.6mmol/L) e hipercalemia (5.9mEq/L). Nunca foi documentada instabilidade hemodinâmica. Perante a suspeita de hepatite aguda induzida por amiodarona, esta foi suspensa e o doente foi admitido em Unidade de Cuidados Intermédios para vigilância. Foram excluídas hepatites viricas. Ecografia abdominal com fígado, vias biliares e eixo esplenoportal normal. Sob tratamento de suporte verificou-se evolução favorável, apresentando à data da alta, perfil hepático normal e INR 1.4.

Discussão e Conclusão

No presente caso, tal como descrito na bibliografia, nas primeiras 24h após a perfusão da amiodarona verificou-se um aumento significativo das transaminases, associado a disfunção hepática. Perante um quadro como o descrito, o principal diagnóstico diferencial seria a hepatite isquémica, menos provável dada a estabilidade hemodinâmica ao longo de todo o internamento. Em resumo, a amiodarona deve ser considerada uma causa de hepatite aguda de início precoce após administração intravenosa, mesmo nas doses normalmente recomendadas. Assim, alerta-se para a necessidade de monitorização precoce da função hepática e da suspensão do tratamento perante a suspeita de toxicidade. Apesar da evolução clínica ser geralmente favorável, e a reintrodução da amiodarona por via oral nestes doentes pareça segura, esta deve ser avaliada individualmente, ponderando os riscos e benefícios em cada caso.

ABCESSO DO PSOAS E ESPONDILODISCITE A S. AGALACTIAE - CASO CLÍNICO

Carolina Cunha; Ana Matos Afonso; Mariana Marques; Pedro Silva; Sara Neves; Alexandra Caeiros; Rómulo Silva; Anabela Brito; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

CASO CLÍNICO

Introdução

O abcesso do músculo psoas é uma entidade rara mas com incidência crescente, podendo resultar da disseminação hematogénea ou extensão contígua através de um foco adjacente, nomeadamente de espondilodiscite. A apresentação clínica é inespecífica e o diagnóstico requer alto grau de suspeição, sendo a tríade clássica (febre, lombalgia e claudicação) pouco frequente. Os agentes mais implicados são o *Staphylococcus aureus* e bacilos gram-negativos, sendo excecionais os relatos de *Streptococcus agalactiae* (Sa) como microorganismo responsável.

Caso clínico

Homem de 48 anos, mecânico, com diabetes mellitus tipo 2 mal controlada e com incumprimento terapêutico, recorre ao serviço de urgência (SU) por lombalgia à direita com irradiação para a face posterior da perna direita com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo destaca-se apenas Laségue duvidoso à direita e uma ferida no hálux direito em cicatrização, sem exsudado. Analiticamente discreta elevação de parâmetros inflamatórios, pelo que teve alta com diagnóstico de lombalgia mecânica. Regressa dez dias depois por agravamento das queixas algicas, febre de novo, anorexia e astenia apresentando concomitantemente um quadro de cetoacidose diabética e retenção urinária aguda a condicionar lesão renal aguda pós-renal. Realizou estudo imagiológico que mostrou um abcesso do psoas direito e mais tarde através de ressonância magnética confirmou-se espondilodiscite com hipersinal e realce de gadolínio nas plataformas somáticas inferior de L3 e superior de L4. Iniciou antibioterapia empírica de largo espectro, posteriormente dirigida a Sa isolado em hemoculturas. Foi submetido a drenagem percutânea e completou 8 semanas de antibioterapia eficaz, mantendo seguimento sem intercorrências, com boa evolução clínica e analítica, e resolução progressiva das lesões à reavaliação imagiológica.

Discussão

Serve o presente caso para ilustrar a dificuldade no diagnóstico do abcesso do músculo psoas, frequentemente confundido com patologia musculoesquelética benigna, o que leva a um atraso significativo no tratamento e complicações no curso da doença. Neste contexto, destaca-se a apresentação rara de um Sa como agente etiológico, a qual surge em conformidade com a diabetes mellitus descompensada como fator predisponente a infeções por este microorganismo. O tratamento deve ser rapidamente instituído e individualizado para cada doente, combinando antibioterapia dirigida e drenagem percutânea, reservando-se a abordagem cirúrgica para casos selecionados. Para garantir melhores outcomes a longo prazo, é importante considerar a espondilodiscite e abcesso do psoas como possíveis diagnósticos diferenciais em doentes que se apresentem no SU com lombalgia e febre, e ainda mais, que apresentem fatores de risco para microorganismos atípicos, conferindo-lhes uma elevada complexidade clínica.

PNEUMONIA LIPÓIDE EXÓGENA: UM CASO CLÍNICO

Sofia C. Barbosa; Gonçalo Carneiro; Pedro Rocha; Fábio Santos; Sara S. Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

CASO CLÍNICO

A pneumonia lipóide exógena é uma patologia rara, geralmente associada à aspiração crónica de substâncias oleosas, descrita sobretudo em adultos com exposição ocupacional ou hábitos específicos. Este caso é relevante por ilustrar uma apresentação aguda de pneumonia lipóide exógena, destacando a correlação entre aspiração ocupacional de hidrocarboneto e evolução clínica e radiológica favorável.

Doente do sexo masculino, 23 anos, trabalhador circense com antecedentes pessoais de asma recorre ao serviço de urgência por tosse, dor torácica e dispneia, associadas a febre (38.4°C), com início cerca de 4 horas após aspiração accidental de “água de fogo”. Ao exame objetivo, a realçar auscultação pulmonar com sibilância dispersa, e, gasimetricamente, sem insuficiência respiratória. À avaliação analítica, leucocitose (18.7x10⁹/uL) com 82% neutrófilos e PCR elevada (76.2 mg/L). A radiografia torácica revelou consolidações na porção inferior e medial do campo pulmonar direito, tendo-se optado por internar o doente para estudo.

Durante o internamento, devido à persistência de febre e aumento da PCR (252,5 mg/L), iniciou-se Amoxicilina e Ácido Clavulânico por suspeita de sobreinfecção bacteriana. Após 5 dias, por melhoria parcial, com persistência de febre, optou-se pela escalada antibiótica para Piperacilina-Tazobactam, que cumpriu durante 10 dias. Foi realizada TAC tórax que demonstrou múltiplas lesões nodulares bilaterais, com densidade semelhante a gordura, com predominância no lobo médio e lobo inferior direito, associadas a um pequeno derrame pleural à direita.

Foi feito aspirado brônquico, que mostrou citologia de aspeto inflamatório crónico, e lavado broncoalveolar que revelou alveolite neutrofílica intensa e macrófagos com inclusões intracitoplasmáticas lipídicas observadas em coloração Oil Red. Sem isolamentos microbiológicos. Foi assim estabelecido o diagnóstico de pneumonia lipóide exógena.

Foram mantidas medidas de suporte e vigilância clínica, com resolução dos picos febris e do quadro de SIRS, com alta clínica ao fim de 15 dias de internamento com indicação para evicção do agente causal. O doente manteve seguimento em consulta externa de Pneumologia, onde repetiu TAC de tórax após quatro meses e após um ano do internamento, com resolução do derrame e evolução positiva dos nódulos para densificações peribroncovasculares. Atualmente, o doente mantém-se assintomático, com controlo imagiológico em consulta.

A pneumonia lipóide exógena é uma patologia rara, resultante da aspiração de substâncias oleosas. O diagnóstico é feito em base de achados imagiológicos e citológicos e o tratamento baseia-se na evicção do agente causal e medidas de suporte, com um prognóstico geralmente favorável.

PO 137

QUANDO O AQUECEDOR SE TORNA UMA AMEAÇA: UM CASO CLÍNICO DE INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO

Filipa Novo; Mariana Dias Maia; Anita Campos; Inês Burmester; Sara Moreira Pinto;
Florisa Gonzalez; Rosa Lemos

ULSPVVC

CASO CLÍNICO

Introdução:

A intoxicação por monóxido de carbono (CO) permanece como uma principal causa de morte por intoxicação no mundo. Em Portugal a sua taxa de internamento tem uma incidência de 5.86/100 000 habitantes. O CO é um gás incolor, sem cheiro ou sabor, mas com elevada toxicidade. A sua ação pode resumir-se em três mecanismos: ligação ao grupo heme da hemoglobina com 210 vezes maior afinidade que o oxigénio provocando hipoxia tecidual, ligação à mioglobina do músculo cardíaco com risco de arritmias ou isquemia miocárdica e, pela formação de radicais livres de oxigénio que causam peroxidação dos lípidos no sistema nervoso central e desmielinização. A apresentação clínica é variável desde cefaleia a coma e, é pouco específica, o que pressupõe a necessidade de suspeição clínica para a sua identificação precoce. O diagnóstico é clínico e por definição inclui: história de exposição, sintomas consistentes e, demonstração de níveis de carboxihemoglobina elevados. A importância do diagnóstico não termina no tratamento da intoxicação aguda, pois em 40% dos casos poderão surgir dias ou meses depois manifestações tardias.

Caso Clínico

Mulher de 49 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, sem fatores risco vasculares. Recorre ao serviço de urgência com queixas de cefaleias recorrentes nos últimos 7 dias, nessa tarde associada a dispneia progressiva, sensação de constrição torácica, sem irradiação. Quando questionada referia lipotimia no mês passado, sem outras queixas. O contexto epidemiológico foi decisivo para a suspeição clínica: as netas, desenvolveram sintomas semelhantes, uma com perda de consciência e o animal doméstico, o gato, apresentou episódios de vômitos. Ao exame objetivo tinha perfil tensional elevado 148/82 mmHg, sem défices focais, sem alterações à auscultação cardiopulmonar ou outros achados. Do estudo complementar: gasimetricamente sem acidemia metabólica, com hipoxemia (pressão parcial oxigénio em ar ambiente de 78 %) e fração de carboxihemoglobina (COHb) de 10,8% (valores de referência para não fumadores de 0.5-1.5 %). Analiticamente sem subida de marcadores de necrose miocárdica seriados assim como sem alterações eletrocardiográficas.

Conclusões

O presente caso clínico pretende ilustrar a importância da anamnese e o contexto epidemiológico para o diagnóstico. E destacar que a gravidade clínica do quadro não se correlaciona diretamente com o nível de COHb, mas sim com indicadores de lesão de órgão.

UM CASO RARO DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR EM DOENTE COM CARCINOMA UROTELIAL DA BEXIGA

Maria Montenegro Palma; Maria Fazenda; Sofia Ferreira Cunha; Marta Guisado Orantos; Paula Nascimento; Ana Raquel Soares; António Mário Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ

CASO CLÍNICO

Introdução

O síndrome da veia cava superior (SVCS) resulta da obstrução do fluxo sanguíneo na veia cava superior (VCS). Em contexto neoplásico, pode ser causado por invasão direta pelo tumor ou por compressão extrínseca, que leva a estase sanguínea e posterior trombose. Manifesta-se mais frequentemente por edema da cabeça, pescoço e membros superiores, pletora facial, tosse e dispneia. Estima-se que 95% dos casos sejam causados por neoplasias do pulmão ou linfoma não-Hodgkin, sendo menos de 5% atribuídos a tumores sólidos com metástases mediastínicas. Desses, os mais frequentes são as neoplasias da mama, havendo poucos casos descritos de carcinoma urotelial como causa de SVCS.

Caso Clínico

Doente de 71 anos, com carcinoma urotelial da bexiga pouco diferenciado pT3aN0 e adenocarcinoma da próstata Gleason 7 (3+4) pT2 inicial, com posteriores metástases pulmonares e mediastínicas do carcinoma urotelial, PDL-1 negativas. Inicia queixas de edema facial periorbitário e tosse esporádica, inicialmente interpretado como reação adversa à terapêutica com avelumab, iniciada recentemente. Por agravamento progressivo do edema facial e surgimento de pletora facial e circulação colateral no tórax anterior, realizou angiotomografia computadorizada de tórax que revelou aumento da massa mediastínica anterior e superior, com envolvimento do tronco venoso braquiocéfálico direito, trombose da veia subclávia esquerda e compressão extrínseca da veia cava superior, confirmando a suspeita de SVCS. Foi internado e iniciou terapêutica com enoxaparina e dexametasona 8mg 3xdia e realizou 10 sessões de radioterapia urgente. Durante as duas semanas de internamento, manteve-se hemodinamicamente estável, eupneico em ar ambiente e verificou-se uma melhoria progressiva dos sintomas, com diminuição significativa do edema e pletora faciais. O doente teve alta medicado com edoxabano e com esquema de desmame de corticoterapia.

Discussão

Apresentamos este caso visto que o carcinoma urotelial é uma causa rara de SVCS, com poucos casos descritos na literatura, pelo que inicialmente o grau de suspeição clínico foi baixo. Realçamos a importância de considerar esta síndrome em todos os doentes com massas pulmonares e mediastínicas, independentemente do tipo histológico, especialmente tendo em conta a natureza potencialmente emergente.

TEMPESTADE TIROIDEIA APÓS INGESTÃO MACIÇA DE LEVOTIROXINA

Miguel Tomás Rodrigues; Monica Corte Real; Leticia Naben; Joana Simões; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Susana Marques

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

CASO CLÍNICO

A tempestade tiroideia é uma complicação rara e potencialmente fatal do hipertiroidismo, caracterizada por descompensação metabólica grave e disfunção multissistémica. Embora habitualmente associada a doença tiroideia não controlada, pode também ocorrer em contexto de intoxicação por hormonas tiroideias. O reconhecimento precoce desta entidade é essencial para instituição rápida de terapêutica dirigida.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 59 anos, com antecedentes de hipotiroidismo e síndrome depressiva, seguida em consulta de Psiquiatria. Recorreu ao Serviço de Urgência após ingestão voluntária de múltiplos fármacos, incluindo cerca de 150 comprimidos de levotiroxina 100 µg, associada a sertralina, pravastatina/fenofibrato e clorazepato dipotássico, aproximadamente 4 horas antes da admissão. À observação inicial encontrava-se hemodinamicamente estável e assintomática. Analiticamente apresentava T4 livre >5 ng/dL e TSH indoseável. Após contacto com o Centro de Informação Antivenenos foi instituída vigilância clínica. Algumas horas após a ingestão verificou-se agravamento clínico com agitação psicomotora, hipertensão arterial e taquicardia, levantando suspeita de tempestade tiroideia. Iniciou terapêutica com propiltiouracilo, hidrocortisona e propranolol. Dada a magnitude da ingestão e persistência de tirotoxicose, realizou sessão de plasmaferese com albumina em colaboração com Nefrologia, com evolução clínica favorável e melhoria progressiva dos parâmetros laboratoriais.

Conclusão

A intoxicação aguda por levotiroxina constitui uma causa rara de tempestade tiroideia. Este caso ilustra a importância da monitorização clínica prolongada após ingestão de hormonas tiroideias e destaca o papel da plasmaferese como estratégia terapêutica em situações graves de tirotoxicose.



PO 153

DA EXTRAÇÃO DENTÁRIA À CIRURGIA CARDÍACA: ENDOCARDITE COM COMPLICAÇÕES EMBÓLICAS

**Carolina R. Oliveira; Cristiana Fernandes; Laura Oliveira Cainé; Alexandra Leitão;
Paula Felgueiras**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BARCELOS/ESPOSENDE

CASO CLÍNICO

Introdução

A Endocardite Infecciosa (EI) permanece uma patologia com elevada morbimortalidade, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos. A embolização sistêmica ocorre em 22-50% dos casos. A espondilodiscite piogénica complica cerca de 8,5% dos casos de EI, sendo mais frequente com *Enterococcus* e *Streptococcus* do grupo viridans. Este caso ilustra a tríade de EI, embolização cerebral e espondilodiscite, com origem provável em foco dentário, destacando a importância da abordagem multidisciplinar e do reconhecimento precoce das complicações embólicas.

Caso Clínico

Homem de 61 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatia isquémica, enfisema pulmonar e múltiplas cáries dentárias, submetido a extrações dentárias dois meses antes. Recorreu ao serviço de urgência por lombalgia intensa e febre com três semanas de evolução, associadas a perda ponderal de 6 kg e hipersudorese noturna. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. A ressonância magnética da coluna lombar revelou espondilodiscite piogénica L5-S1 com componente de osteomielite, fleimão paravertebral e pequeno abscesso epidural. As hemoculturas isolaram *Streptococcus mitis/oralis* sensível a penicilina. Iniciou ceftriaxona, posteriormente ajustada para penicilina G. O ecocardiograma transesofágico demonstrou vegetação de 10 mm no folheto anterior da válvula mitral com flail de A1 e regurgitação mitral grave. Durante o internamento, a tomografia computadorizada cranioencefálica revelou área isquémica occipital esquerda de novo, sem transformação hemorrágica. Estabeleceu-se o diagnóstico de endocardite infecciosa de válvula mitral nativa por *Streptococcus mitis/oralis* com embolização cerebral e vertebral. Após estabilização clínica, coronariografia e avaliação estomatológica, o doente foi transferido para cirurgia cardíaca.

Discussão

Este caso exemplifica a complexidade da EI com embolização multissistémica. A origem dentária é suportada pelo isolamento de *Streptococcus* do grupo viridans, flora oral comensal, em contexto de extrações dentárias recentes. A espondilodiscite e o AVC isquémico representam complicações embólicas reconhecidas da EI. As guidelines da AHA e ESC recomendam cirurgia precoce em doentes com vegetações >10 mm, regurgitação valvular grave e eventos embólicos, podendo esta ser realizada sem atraso significativo após AVC isquémico sem hemorragia intracraniana. Este caso demonstra a importância da avaliação sistemática de focos embólicos na EI e da decisão cirúrgica atempada através de equipa multidisciplinar.

PO 155

ALBUMINÚRIA EM DOENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTROLADA: PARA ALÉM DA NEFROPATIA HIPERTENSIVA

Marta Brito Alves; Carlos Grijó; Luis Mendonça; Isabel Moreira; Inês Araújo Barbosa; Mariana Pedrosa; Luís Flores

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

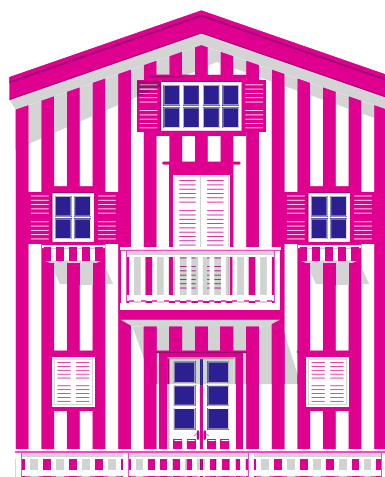
A glomerulonefrite membranosa (GNM) está entre as causas mais comuns de síndrome nefrótica em adultos não diabéticos. Geralmente é primária, mas em 20-25% dos casos, pode estar associada a doenças infecciosas, autoimunes, neoplasias ou alguns fármacos.

Caso Clínico

Homem, 60 anos, com pênfigo vulgar (fez tratamento com corticoide e rituximab), infeção por hepatite B (VHB) no passado, obesidade, dislipidemia, seguido em consulta de Medicina Interna por hipertensão arterial (HTA). Iniciou perindopril, mantendo valores tensionais controlados. No seguimento detetada proteinúria e eritrocitúria, de novo, em amostra ocasional de urina (albuminúria/creatinina 143 mg/g; eritrocitúria 87/ μ L), com função renal preservada (creatinina 0,96mg/dL). Estes doseamentos mantiveram-se persistentes. Sem critérios para diabetes mellitus (HbA1c 5,7%), cistoscopia e tomografia renal sem alterações, sem consumo do complemento, anticorpos antinucleares e anti-dsDNA negativos, imunofixação sem gamapatia monoclonal, antigénio e DNA HBV indoseáveis. Realizou biópsia renal, cujo exame anatomopatológico foi compatível com GNM, com deposição de IgG, cadeias leves kappa e IgM na imunofluorescência.

Discussão

Considerando o diagnóstico de HTA, a presença de proteinúria poderia ser interpretada como manifestação de nefroesclerose hipertensiva. No entanto, o controlo adequado da pressão arterial e a progressão da proteinúria, associada a eritrocitúria, levantaram a suspeita de etiologia alternativa. Essa hipótese motivou a realização de investigação direcionada, que possibilitou estabelecer um diagnóstico alternativo, cuja investigação de etiologia primária ou secundária se encontra em curso.



PO 156

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO ADULTO JOVEM: QUANDO SUSPEITAR DE COARTAÇÃO DA AORTA

Sara Raquel Bessa Durães; Júlio Daniel Pacheco; Joana Neto Gomes; Daniela Barbosa; Luís Nogueira; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

Introdução

A coartação da aorta é uma cardiopatia congénita relativamente rara, com uma incidência de 3-5/10 000 nados vivos, e uma causa potencialmente reversível de hipertensão arterial secundária. Embora seja habitualmente diagnosticada na infância, alguns casos permanecem assintomáticos até à idade adulta. Existe uma associação frequente entre coartação da aorta e válvula aórtica bicúspide, devendo a primeira ser excluída sempre que este achado é identificado no ecocardiograma, particularmente em doentes jovens com hipertensão arterial.

Caso clínico

Homem de 32 anos, futebolista, referenciado à consulta de hipertensão arterial para exclusão de causa secundária. O diagnóstico de HTA tinha sido estabelecido cerca de um ano antes, pela Medicina do Trabalho, encontrando-se medicado com azilsartan 20 mg/dia. Ecocardiograma transtorácico realizado previamente em ambulatório a revelar válvula aórtica bicúspide. Negava antecedentes familiares relevantes, nomeadamente história familiar de hipertensão arterial.

Ao exame objetivo apresentava auscultação cardíaca rítmica, com sopro sistólico grau II/VI, mais audível entre o 2.º e 3.º espaços intercostais esquerdos. A pressão arterial era de 146/74 mmHg no membro superior direito e 143/71 mmHg no membro superior esquerdo, com frequência cardíaca de 49 bpm. Observavam-se pulsos femorais bilateralmente diminuídos.

O estudo analítico, incluindo hemograma, bioquímica sérica, urina tipo II, aldosterona, renina e metanefrinas plasmáticas, não revelou alterações. Ecodoppler renal sem alterações de relevo. Eletrocardiograma em bradicardia sinusal a 52 bpm.

Ecocardiograma transtorácico evidenciou boa função sistólica biventricular, hipertrofia concêntrica ligeira do ventrículo esquerdo e válvula aórtica bicúspide com foco de calcificação e insuficiência aórtica ligeira; ectasia da raiz da aorta e da aorta ascendente (42 mm) e aparente estreitamento da porção inicial da aorta descendente, com gradiente máximo de 43 mmHg, sugestivo de coartação da aorta.

Para melhor caracterização anatómica foi realizada angio-TAC toraco-abdomino-pélvica, que evidenciou diminuição do calibre na transição do arco aórtico para a aorta descendente (10×10 mm), compatível com coartação da aorta, com desenvolvimento de circulação colateral através das artérias mamárias internas e vasos do mediastino posterior. Orientado para consulta de Cardiologia, estando atualmente a aguardar decisão multidisciplinar em relação a intervenção.

Discussão

A coartação da aorta pode permanecer não diagnosticada até à idade adulta e manifestar-se apenas por hipertensão arterial. A associação com válvula aórtica bicúspide é frequente e deve motivar estudo dirigida da aorta. Achados clínicos como hipertensão em idade jovem, sopro sistólico e diminuição dos pulsos femorais devem levantar esta suspeita diagnóstica. Este caso reforça a importância de um exame objetivo cuidadoso e da investigação de causas secundárias de hipertensão arterial em adultos jovens, particularmente quando coexistem alterações estruturais da válvula aórtica.

PO 159

SÍNDROME DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA ASSOCIADA AO TICAGRELOR

Sara Raquel Bessa Durães; Júlio Daniel Pacheco; Joana Neto Gomes; Daniela Barbosa; Luís Nogueira; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

Introdução

O ticagrelor é um antagonista oral reversível do recetor P2Y₁₂ da adenosina difosfato. Além do seu uso frequente no Síndrome Coronário Agudo, no qual demonstrou reduzir o risco de eventos cardiovasculares major, tem sido cada vez mais utilizado na Estenose Carotídea Sintomática, particularmente se decisão de tratamento com angioplastia com stent. Embora tenham sido descritas complicações hemorrágicas, respiratórias, gastrointestinais, renais e hepáticas associadas ao ticagrelor, são escassos os relatos de outros efeitos adversos menos frequentes, como o síndrome inflamatório sistémico (SIRS). Os seus efeitos na inflamação mediados pela adenosina são complexos e não estão totalmente esclarecidos.

Caso clínico

Sexo masculino, 71 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e cancro colorretal, submetido a colectomia em Espanha, sem recidiva da doença. Internado por acidente vascular cerebral isquémico cortico-subcortical temporo-occipital direito, no contexto de estenose pré-oclusiva da artéria carótida interna direita por placa ateromatosa fibrocalcificada com trombo associado. Submetido a trombectomia com colocação de stent no segmento bulbar, iniciando dupla antiagregação com ticagrelor e ácido acetilsalicílico.

Durante o internamento, evoluiu com febre e desconforto abdominal. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica ferropénica (Hb 8,5-9 g/dL), leucocitose ($15\,000 \times 10^3 / \mu\text{L}$ com 86% de neutrófilos) e elevação dos parâmetros inflamatórios (valores máximos: Proteína C Reativa 209 mg/dL, Velocidade de Sedimentação 99 mm1^ªh e procalcitonina 18,5 mg/mL). Hemoculturas e urocultura estéreis. Pesquisa de vírus respiratórios negativa. Serologia HIV não reativa. Ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações. A restante investigação complementar, incluindo TAC toraco-abdomino-pélvica e estudos endoscópicos foi inconclusiva.

Colocada a hipótese de SIRS associada ao ticagrelor, pelo que se procedeu à sua suspensão, com resolução clínica e analítica. Tentou-se reintrodução do fármaco com recorrência do quadro, reforçando a relação causal. Dado ter completado 1 mês de dupla antiagregação, optou-se por suspender definitivamente o ticagrelor, ficando sob antiagregação simples com ácido acetilsalicílico.

Discussão

Após estudo exaustivo e exclusão de outras causas mais frequentes, o ticagrelor deve ser considerado como causa iatrogénica de SIRS. Dado o seu uso frequente na prática médica, é essencial a consciencialização para esta potencial reação adversa.

PO 163

LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR FÁRMACOS VERSUS HEPATITE AUTOIMUNE: IN BIOPSIA VERITAS

Eva Silva Fernandes; Marina Mendes; Francisco Pombo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

Introdução

A lesão hepática induzida por fármacos (DILI) idiossincrática é um dos grandes desafios da hepatologia, sendo habitualmente um diagnóstico trabalhoso e de exclusão, obrigando a uma revisão exaustiva de suplementos alimentares, produtos de naturopatia e fármacos consumidos. Adicionalmente, o conceito de hepatite autoimune (HAI) induzida por fármacos veio trazer mais um desafio no diagnóstico e na gestão do doente com DILI. Apresentamos um caso clínico de toxicidade hepática por Amoxicilina/ Ácido Clavulânico, um dos principais fármacos associados a DILI em todo o mundo.

Caso clínico

Sexo feminino, 71 anos, antecedente de cardiopatia valvular reumática, internada por pneumonia a *Haemophilus Influenzae* complicada com bacteriemia, medicada com Amoxicilina/ Ácido Clavulânico durante 16 dias. No décimo sexto dia de tratamento foi documentada icterícia mucocutânea de novo, associada a lesão hepática colestática com hiperbilirrubinemia. Perante a possibilidade de DILI por Amoxicilina/ Ácido Clavulânico, o tratamento foi suspenso, tendo iniciado levofloxacina. Apesar da suspensão, verificou-se agravamento progressivo da hiperbilirrubinemia, com bilirrubina total máxima de 29 mg/dL. A ecografia abdominal e a colangiopancreatografia por ressonância magnética não apresentavam alterações de relevo, e o estudo de causas infecciosas foi negativo. O estudo imunológico mostrou anticorpos antinucleares (ANA) positivos (título 1/320) com anti-Ro52 positivo, sendo o restante estudo negativo. Face ao agravamento apesar da suspensão do fármaco e após protocolo com acetilcisteína, foi iniciado tratamento com prednisolona 60 mg, com melhoria da hiperbilirrubinemia ao 5.º dia. A biópsia hepática, conhecida posteriormente, revelou infiltrado linfoplasmocitário ligeiro nos espaços porta, marcada colestase hepatocanicular e eosinófilos dispersos, achados que favorecem o diagnóstico de DILI. A doente encontra-se em desmame de corticoterapia, sem aparente recidiva clínica ou analítica.

Discussão

Este caso demonstra a dificuldade em distinguir DILI de HAI associada a fármacos perante autoanticorpos positivos e ausência de melhoria após suspensão do fármaco. Apesar da positividade dos ANA, a ausência de hipergamaglobulinemia, a exposição a um fármaco reconhecidamente hepatotóxico, a cronologia favorável e os achados histológicos, tornaram o diagnóstico de DILI idiossincrática mais provável. Apesar de controversa na DILI idiossincrática, a corticoterapia pode ser considerada em casos graves, prolongados e sem resposta após suspensão do agente causal, sobretudo quando existem características autoimunes ou de hipersensibilidade. No presente caso, o componente inflamatório com eosinofilia na biópsia hepática favorece um mecanismo imunomediado, sustentando a opção terapêutica.

PO 187

CHOQUE SÉPTICO FULMINANTE POR NEISSERIA MENINGITIDIS SEM MENINGITE

Miguel Tomás Rodrigues; Valériya Zaruba; Filipa Silva; Diana Pedreira; Manuel Sousa; Susana Marques

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

CASO CLÍNICO

Introdução

A infeção por *Neisseria meningitidis* é classicamente associada a meningite aguda. Contudo, pode apresentar-se como meningococemia fulminante sem envolvimento meníngeo, evoluindo rapidamente para choque séptico e falência multiorgânica. O reconhecimento precoce desta entidade é essencial para instituição imediata de terapêutica adequada.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 60 anos admitida no Serviço de Urgência por febre e odinofagia com um dia de evolução, associadas posteriormente a vômitos e dor abdominal. À admissão encontrava-se obnubilada, hipotensa, dispneica e com dessaturação periférica. Analiticamente destacava-se acidémia metabólica grave com hiperlactacidémia (>17 mmol/L) e procalcitonina de 37,46 ng/mL. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica e de cabeça e pescoço revelou apenas edema amigdalino bilateral e adenopatias cervicais subcentimétricas, sem evidência de coleções ou foco séptico evidente. Pela rápida deterioração clínica com necessidade de suporte vasopressor com noradrenalina e evidência de disfunção multiorgânica, a doente foi transferida para Unidade de Cuidados Intensivos, tendo iniciado antibioterapia empírica de largo espectro, ventilação mecânica invasiva e terapêutica de substituição renal. Apesar das medidas instituídas, evoluiu para choque refratário com falência multiorgânica, falecendo cerca de 12 horas após o internamento. Em estudos microbiológicos pós-morte foi isolada *Neisseria meningitidis*, estabelecendo-se o diagnóstico de meningococemia fulminante.

Conclusão

A meningococemia pode apresentar-se sem sinais clássicos de meningite e evoluir rapidamente para choque séptico fulminante. Este caso reforça a importância de reconhecer apresentações atípicas de infeção meningocócica e da abordagem precoce do choque séptico em contexto de urgência.

ASCITE SEM CIRROSE: OLHAR ALÉM DO FÍGADO

Eva Silva Fernandes; Daniela Barbosa; José Presa Ramos; Mari Mesquita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

Introdução

A ascite de novo é frequentemente atribuída à doença hepática crónica (DHC). No entanto, a ausência de alterações analíticas e de sinais indiretos de hipertensão portal deve motivar o alargamento da marcha diagnóstica. O mesotelioma peritoneal é uma neoplasia rara e de apresentação insidiosa, representando apenas 7 a 10% de todos os mesoteliomas. Descrevemos um caso de ascite exuberante inicialmente orientada como provável DHC, cujo estudo permitiu o diagnóstico de mesotelioma peritoneal.

Caso clínico

Sexo feminino, 69 anos, internada por distensão abdominal progressiva com dois meses de evolução, com ecografia a evidenciar ascite de médio/grande volume. Negava icterícia, consumos alcoólicos, contexto epidemiológico e consumo de fármacos ou suplementos com hepatotoxicidade descrita. Analiticamente não apresentava alterações da química hepática, trombocitopenia, coagulopatia ou hipoalbuminemia. A paracentese diagnóstica mostrava gradiente sero-ascítico $>1,1$ g/dL, com aumento das proteínas totais (3,4 g/dL) e da desidrogenase láctica (578 U/L). A TC abdominal mostrava fígado de tamanho normal, contornos regulares e ascite de grande volume. O doppler abdominal mostrava veia porta permeável, sem circulação colateral.

Face às características compatíveis com exsudado, foi realizado estudo adicional com marcadores tumorais, PET, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e estudo ginecológico, sem alterações. A citologia do líquido ascítico revelou proliferação mesotelial atípica, levantando a hipótese de mesotelioma. Após revisão dos antecedentes, a doente confirmou exposição prolongada a asbestos, com armazéns agrícolas revestidos por placas em mau estado de conservação. Perante estes achados e pela persistência de ascite, foi realizada laparoscopia diagnóstica com biópsia peritoneal, que confirmou mesotelioma maligno peritoneal com padrão epitelial papilar. A doente foi posteriormente submetida a cirurgia citorrredutora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica no Instituto Português de Oncologia do Porto.

Discussão

Este caso demonstra a importância de rever sistematicamente todas as causas de ascite de novo, sobretudo quando os dados clínicos e laboratoriais não sustentam a hipótese de DHC. Apesar do gradiente sero-ascítico sugestivo de hipertensão portal, a ausência de alterações analíticas sugestivas de DHC e de sinais de hipertensão portal no doppler abdominal afastaram esta hipótese.

O mesotelioma peritoneal apresenta-se com sintomas inespecíficos como distensão abdominal, dor e ascite, contribuindo para atraso diagnóstico. A TC pode revelar espessamento peritoneal e nódulos, mas o diagnóstico definitivo exige confirmação histológica, sendo frequentemente necessária laparoscopia com biópsia. Este caso reforça que nem toda a ascite é DHC e destaca o valor da integração entre clínica, imagiologia e anatomia patológica no diagnóstico de neoplasias peritoneais raras.

PO 194

QUANDO A DISPNEIA REVELA DOENÇA AVANÇADA: CARCINOMA ADENOESCAMOSO DO PULMÃO

Bruna Rodrigues Barbosa; Mônica Correia; Andreia Meseiro; Inês Bonito; Ana Carolina Andrade; Alexandra Coimbra; Laurinda Pereira; Ana Paula Pona

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE / HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

CASO CLÍNICO

Introdução

O cancro do pulmão é uma das principais causas de mortalidade oncológica a nível mundial, estando fortemente associado ao tabagismo. O carcinoma adenoescamoso do pulmão é um subtipo raro de carcinoma do pulmão de não pequenas células, representando cerca de 0,4-4% dos casos. Com comportamento biológico agressivo, diagnóstico frequentemente tardio e elevada taxa de metastização à distância.

Caso clínico

Mulher, 58 anos, fumadora desde os 24 anos (28 UMA), antecedentes de DPOC, HTA e perturbação depressiva. Recorreu ao SU por dispneia com 3 dias de evolução e dor torácica associada à tosse, após infeção respiratória tratada previamente com Amoxicilina/ácido clavulânico sem melhoria. Ao exame objetivo apresentava murmúrio vesicular diminuído à direita e sibilos dispersos. Analiticamente a destacar: leucócitos 11 000/ μ L, PCR 6,5 mg/L, dímero-D 2192 ng/mL e troponina 1,80 ng/mL. TC torácica evidenciou volumosa massa pulmonar direita central, envolvendo o lobo médio e inferior, condicionando obstrução brônquica e invasão da artéria pulmonar direita, veia pulmonar inferior e mediastino, associada a derrame pleural direito e adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais, bem como nódulos metastáticos no pulmão esquerdo. Marcadores tumorais elevados: CEA 26 ng/mL, CA-125 134 U/mL, CYFRA 21-1 16,7 ng/mL e NSE 14,3 ng/mL. Broncofibroscopia revelou sinais diretos de neoplasia do lobo inferior direito e a biópsia brônquica confirmou neoplasia epitelial maligna compatível com carcinoma adenoescamoso. TC crânio-encefálica identificou múltiplas lesões metastáticas supratentoriais bilaterais (10 mm), com edema vasogénico. PET-TC confirmou doença em estadió IVB (cT4N3M1c). Foi iniciada terapêutica com dexametasona 8 mg/dia e levetiracetam 500 mg 2x/dia, sendo proposta quimioterapia sistémica com carboplatina e pemetrexedo.

Discussão

Este caso ilustra a apresentação clínica inespecífica e o diagnóstico frequentemente tardio do carcinoma adenoescamoso do pulmão. A metastização cerebral múltipla no momento do diagnóstico reflete o comportamento agressivo desta neoplasia e reforça a importância da investigação imagiológica precoce em doentes com fatores de risco e sintomas respiratórios persistentes, permitindo orientação terapêutica atempada e abordagem multidisciplinar.

SÍNDROME NEFRÓTICA IATROGÉNICA – O RISCO RENAL DOS ANTI-INFLAMATÓRIOS

GLORIA MARIA MAIA GONCALVES; Margarida Arantes Silva; Adriana Basílio; Alexandra Silva Azevedo; Manuel Rodrigues; Cátia Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO AVE

CASO CLÍNICO

A glomerulosclerose segmentar focal é uma das lesões mais comuns identificadas na síndrome nefrótica idiopática no adulto. Pode ser origem primária, quando um fator tóxico provoca disfunção generalizada dos podócitos, ou secundária a determinadas doenças ou infeções. Apesar de algumas características clínicas ou a resposta às terapêuticas poderem favorecer a sua etiologia, o seu diagnóstico implica biópsia renal e respetivo exame histológico.

Apresentamos o caso de um homem de 66 anos, antecedentes de diabetes e hipertensão, sem complicações microvasculares que recorreu ao serviço de urgência por quadro de edema periférico dos membros inferiores de agravamento progressivo com cerca de 10 dias de evolução, medicado com furosemida sem resposta. Sem outra sintomatologia associada; mencionou a toma de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) 1 semana antes do início dos sintomas, por mialgias. Do estudo realizado, identificado disfunção renal ligeira, leucocitose sem neutrofilia e proteína C reativa e peptídeo natriurético normais. Decidido internamento para estudo etiológico. Do estudo realizado, identificada hipoproteinemia, hypoalbuminemia e dislipidemia, urina de 24 horas com proteinúria nefrótica; marcadores víricos e estudo imunológico negativo. Ecografia e ecodoppler renal sem alterações. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com exclusão de patologia neoplásica. Ecocardiograma com estenose aórtica ligeira. Durante o internamento, sem clínica de novo e, analiticamente, com agravamento da função renal e hiperparatireoidismo secundário a doença renal. Perante ausência etiologia esclarecida, submetido a biópsia renal a revelar glomerulosclerose focal e segmentar focal primária. Iniciou terapêutica imunossupressora com corticoide, com melhoria clínica e analítica. Seguimento posterior sem identificação de outra etiologia, assumindo-se assim síndrome nefrótica secundária a AINEs, com evolução para doença renal crónica.

São conhecidos os riscos associados aos AINEs, alguns mais frequentes (como hemorragia gastro-intestinal) e outros não tão comuns. Este é um exemplo raro, mas real, do efeito dos AINEs como fator desencadeante de lesão renal grave, exaltando a importância da ponderação risco-benefício aquando da prescrição destes fármacos.

PO 203

TROMBOCITOPENIA IMUNE INDUZIDA POR COTRIMOXAZOL: UM CASO CLÍNICO

Ana Teresa Camurça; João Lázaro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES, EPE - HOSPITAL SÃO TEOTÔNIO

CASO CLÍNICO

Introdução

A trombocitopenia imune induzida por fármacos é uma entidade rara, mas potencialmente fatal, caracterizada por destruição plaquetária mediada por anticorpos. O cotrimoxazol é um dos fármacos implicados. O reconhecimento precoce é crucial, dado o risco hemorrágico significativo e a reversibilidade após suspensão do agente.

Caso clínico

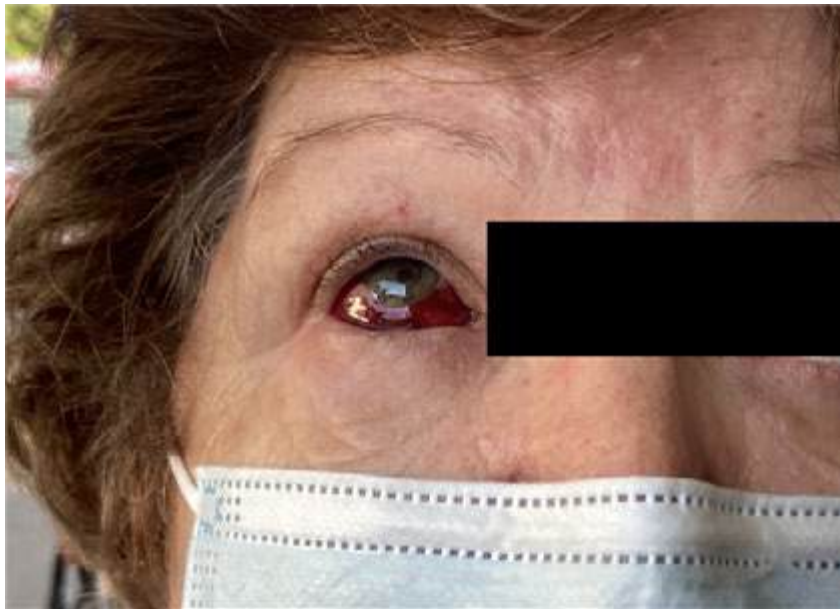
Mulher de 69 anos, com antecedentes de HTA e síndrome depressivo, medicada com cotrimoxazol por infecção do trato urinário. Após 3–4 dias desenvolveu equimoses, petéquias, gengivorragia ligeira e hemorragia subconjuntival. À admissão no serviço de urgência apresentava estabilidade hemodinâmica e trombocitopenia grave isolada (plaquetas $<10 \times 10^9/L$), sem anemia ou leucopenia.

Foi imediatamente suspenso o cotrimoxazol e iniciada metilprednisolona 125 mg EV, seguida de prednisolona 1 mg/kg/dia. Na ausência de hemorragia major, não realizou imunoglobulina intravenosa nem transfusão plaquetária.

O estudo complementar revelou esfregaço de sangue periférico sem agregados, coagulação e função renal normais, serologias virais negativas e autoimunidade (ANA, ENA) negativa. Foram detetados anticorpos antiplaquetários (IgA, IgG e IgM). Observou-se melhora clínica rápida, com subida plaquetária para $79 \times 10^9/L$ ao 4.º dia. Teve alta sob corticoterapia. Em seguimento, verificou-se recuperação sustentada (plaquetas $156 \times 10^9/L$) após suspensão de corticoide, sem recorrência hemorrágica.

Discussão

A relação temporal estreita entre a exposição ao cotrimoxazol e o desenvolvimento de trombocitopenia grave isolada, associada à recuperação rápida após a sua suspensão, é altamente sugestiva de trombocitopenia imune induzida por fármaco. Este caso ilustra uma forma potencialmente fatal, mas reversível, de trombocitopenia, sublinhando a importância crítica da revisão terapêutica na abordagem de trombocitopenia aguda. A suspensão precoce do agente é a intervenção mais eficaz, podendo a corticoterapia acelerar a recuperação. A identificação do fármaco responsável é essencial para evitar reexposição e recorrência potencialmente fatal.



PO 205

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: A IMPORTÂNCIA DE PROCURAR O QUE NÃO SE VÊ

Matilde Boavida¹; Ana Laura Costa¹; Inês Graça²; Beatriz L. Andrade²; Helena Estevão Pereira²; Teresa Medeiros²

1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

A hipertensão arterial (HTA) é uma condição prevalente e multifatorial, mas a exclusão de causas secundárias é fundamental em doentes jovens ou com controlo tensional inadequado. O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma síndrome definida pela secreção autónoma e desregulada de aldosterona pela glândula suprarrenal e consequente supressão da renina. Constitui a causa secundária mais frequente de HTA na população geral (5-10% dos casos de HTA e até 20% na HTA resistente), ainda que amplamente subdiagnosticada. A apresentação clínica é variável, não existindo um fenótipo clínico específico.

Apresentamos o caso de uma mulher de 48 anos, antecedentes de dislipidemia e HTA diagnosticada há 4 anos, medicada com perindopril/indapamida (2mg/0.625mg), mantendo mau controlo tensional (confirmado por MAPA, com padrão de HTA diastólica isolada).

A avaliação complementar revelou ionograma normal e angioTC abdominal sem alterações morfológicas das suprarrenais. Após suspensão do inibidor da enzima conversora de angiotensina e diurético tiazídico, o estudo do sistema renina-angiotensina-aldosterona demonstrou uma atividade plasmática da renina suprimida (0.27 ng/mL/h), aldosterona plasmática elevada (21.3 ng/dL), com razão aldosterona/renina aumentada (79; N < 24.9). A prova de sobrecarga salina confirmou o diagnóstico de HAP e perante ausência de alterações imagiológicas, assumiu-se a probabilidade de etiologia bilateral (hiperplasia idiopática).

Iniciou-se terapêutica com espironolactona (25 mg/dia), com excelente resposta e normalização dos valores tensionais.

Este caso reforça a necessidade de rastreio de HAP em doentes jovens com HTA de novo ou de difícil controlo, mesmo na ausência de hipocaliemia ou imagem sugestiva. A TC possui limitações na distinção entre doença uni ou bilateral, sendo o cateterismo das veias suprarrenais o gold-standard se a cirurgia for equacionada. A maioria dos casos é bilateral, geralmente por hiperplasia suprarrenal, onde a terapêutica médica constitui a abordagem de eleição: restrição de sódio e utilização de antagonistas do recetor mineralocorticoide. O diagnóstico precoce é crucial, uma vez que o excesso de mineralocorticoides confere um risco de eventos cardiovasculares e lesão órgão-alvo superior à HTA essencial, sendo potencialmente reversível com tratamento dirigido e eficaz.

PO 208

AMYLOID SPELLS- APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL

Monica Maria Falardo Henriques Correia; Álvaro Zia, Andreia Meseiro, Bruna Barbosa, Silvia Rodrigues; Sara Alves Morais

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE / HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

CASO CLÍNICO

Introdução

A angiopatia amiloide cerebral (AAC) é uma doença cerebrovascular que consiste na deposição de beta-amilóide nas túnica média e adventícia dos vasos cerebrais e leptomeníngeos. Habitualmente apresenta-se na forma de hemorragia lobar em doentes idosos, sendo a 2ª principal causa de Acidente Vascular Cerebral hemorrágico lobar. Mais raramente pode manifestar-se sob a forma de amyloid spells, sinais neurológicos focais transitórios (SNFT), que podem ser confundidos com Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT).

Caso Clínico

Mulher, 68 anos com hipertensão arterial, glaucoma e insónia crónica que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por hemiparesia e parestesias ao nível do membro superior direito e disartria com cerca de 15 minutos de duração. Na admissão apresentava-se sem alterações ao exame neurológico. A Angio-Tomografia Computorizada Crânio Encefálica (CE) e cervical não revelou alterações. Admitindo-se o diagnóstico de AIT iniciou terapêutica com antiagregação dupla e estatina e foi transferida para o Serviço de Medicina Interna, onde ocorreram 5 episódios com os mesmos sinais neurológicos. Devido à manutenção dos episódios neurológicos focais transitórios realizou Angio-Ressonância CE que revelou “Hemorragia subaracnoideia aguda no sulco central esquerdo e múltiplos microbleeds dispersos pelo córtex cerebral, a cumprir critérios Boston 2.0 (2022) para provável AAC”. Tendo em conta o diagnóstico de AAC suspendeu-se a antiagregação e a estatina e iniciou-se levetiracetam, com melhoria sintomática. Um mês após a alta foi avaliada em consulta, não tendo existido recorrência da sintomatologia desde a introdução de Levetiracetam. Trazia consigo o relatório do eletroencefalograma (EEG) realizado em ambulatório, sem alterações sugestivas de atividade epiléptica sob levetiracetam.

Discussão

A AAC está associada a um aumento do risco de eventos cerebrais hemorrágicos, especialmente nos doentes cuja apresentação é a de SNFTs. Uma vez que a terapêutica no AIT assenta na utilização de antiagregantes e estatina, associados ao aumento do risco hemorrágico na AAC este caso clínico demonstra a importância da distinção entre estas duas entidades clínicas.

PO 211

DEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO: UMA COMPLICAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL DA DRENAGEM TORÁCICA

Mariana Amaral; Paula Mesquita; João Fonseca

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

O edema pulmonar de reexpansão (EPR) é uma forma rara de lesão pulmonar aguda que ocorre após a reexpansão súbita de um pulmão colapsado (por derrame pleural ou pneumotórax), habitualmente quando o volume drenado excede 1500 mL. Apesar da sua fisiopatologia não estar totalmente esclarecida, parece associar-se a um aumento da permeabilidade capilar e a lesão de reperfusão. Apresenta taxas de mortalidade que podem atingir os 20%, pelo que o reconhecimento precoce e a instituição de terapêutica eficaz são essenciais para reduzir a morbilidade e mortalidade associadas.

Caso Clínico

Homem, 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia, hábitos tabágicos ativos (50 U.M.A.) e historial de pneumotórax espontâneo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de tosse não produtiva com uma semana de evolução, sem febre, mantendo queixas apesar da terapêutica sintomática. À admissão, apresentava-se apirético, hipertenso e taquicárdico, com SpO₂ de 94-95% em ar ambiente. À auscultação pulmonar, apresentava murmúrio vesicular francamente diminuído à direita. A radiografia de tórax confirmou pneumotórax volumoso à direita. Foi submetido a colocação de dreno torácico, com expansão pulmonar documentada em Radiografia de controlo. Após o procedimento, o doente desenvolveu tosse e dispneia súbitas. Nova reavaliação imagiológica revelou infiltrado de novo ipsilateral, compatível com EPR. Foi instituída oxigenoterapia suplementar e suporte clínico, com melhoria progressiva. O dreno torácico foi removido após 5 dias, com resolução do quadro.

Discussão

O EPR ocorre tipicamente após uma reexpansão rápida. Os principais fatores de risco incluem a idade jovem, o colapso pulmonar prolongado e a drenagem de volumes elevados. Para minimizar este risco, recomenda-se que a drenagem de ar ou líquido seja controlada, evitando-se idealmente a saída de mais de 1000-1500 mL de uma só vez. O tratamento é essencialmente de suporte (sintomático), recorrendo a oxigenoterapia ou ventilação mecânica se necessário. A mensagem a reter é a necessidade de uma drenagem cautelosa e a vigilância clínica apertada pós-procedimento para uma identificação imediata desta complicação potencialmente fatal.

TUBERCULOSE GANGLIONAR: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PAUCIBACILAR

Rafaela Sá Azevedo; Ana Rita Costa; Mariana R. Afonso; Cátia Baptista; Inês Moura

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

A linfadenite tuberculosa é a manifestação de tuberculose extrapulmonar mais comum, representando cerca de 10% de todos os casos de tuberculose. Clinicamente, apresenta-se como tumefação cervical progressiva, podendo evoluir para flutuação em 60% dos casos e para fistulização com drenagem purulenta em 11-16% dos doentes, principalmente quando o diagnóstico é tardio.

O diagnóstico desta entidade é extremamente desafiante e o seu atraso está bem documentado. Tal deve-se à sua natureza paucibacilar, que diminui drasticamente a sensibilidade dos métodos microbiológicos convencionais. O presente caso espelha a necessidade de manter elevada suspeição clínica para tuberculose, perante linfadenite granulomatosa necrotizante, em contextos endémicos como Portugal, mesmo com investigação exaustiva negativa.

Mulher de 62 anos, obesa e ex-fumadora (37 UMA), relata aparecimento súbito de tumefação submandibular direita, de crescimento progressivo, com sinais inflamatórios, em dezembro de 2023. Associadamente, tosse produtiva, hipersudorese noturna, febre e aumento dos parâmetros inflamatórios. Por suspeita de infeção bacteriana, realizados múltiplos ciclos de antibioterapia, sem resposta, evoluindo, inclusive, para fistulização, com drenagem purulenta. Ao longo de vários internamentos e avaliações em consulta, realizaram-se múltiplos exames imagiológicos, assim como biópsias ganglionares a mostrar, consistentemente, linfadenite granulomatosa com necrose e ocasional presença de células gigantes tipo Langhans, sem evidência de malignidade e com estudo microbiológico repetidamente negativo (incluindo BAAR, PCR para *Mycobacterium tuberculosis* e micobactérias atípicas).

Concomitantemente, exame PET a descrever presença de volumosa massa pulmonar, descrita como processo de inflamação crónica linfoplasmocitário, sem comportamento neoplásico, em estudo broncoscópico e histológico e com microbiologia negativa. Por crença de quadro inflamatório sistémico subjacente, iniciou-se ciclo de corticoterapia, com diminuição drástica da tumefação submandibular e resolução da lesão pulmonar, embora ambas recidivantes após desmame da terapêutica, em agosto de 2025. Consequentemente, o estudo etiológico foi repetido com nova biópsia ganglionar que isola, em exame cultural, *M. Tuberculosis*.

Assim, este atraso diagnóstico de 22 meses, com múltiplas biópsias negativas e resposta enganadora à corticoterapia, ilustra os desafios bem documentados da linfadenite tuberculosa. A sensibilidade da microbiologia é notoriamente limitada nesta forma de tuberculose e, portanto, resultados negativos não devem excluir o diagnóstico. Mais, a presença repetida de padrão histológico de linfadenite granulomatosa necrotizante deve manter fortemente elevada a suspeita de tuberculose e, até mesmo, levar a consideração precoce de tratamento empírico, de forma a evitar complicações locais diretas, como a fistulização, ou por morbilidade diagnóstica.

PO 218

SÍNDROME DE SJÖGREN E NEFROPATIA POR IGA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Rosa Ruano; Cátia Baptista; Rafaela Lopes Freitas; Rafaela Sá Azevedo; Mariana Afonso; Rita Silva Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

Introdução

A Síndrome de Sjögren (SS) é caracterizada por infiltração linfocítica focal das glândulas exócrinas, podendo acometer múltiplos órgãos. O envolvimento renal ocorre em cerca de 5–10%, sendo a nefrite túbulo-intersticial a manifestação mais frequente. Adicionalmente, a nefropatia por IgA (NlgA) representa apenas cerca de 3–4% dos casos descritos de envolvimento glomerular associado à SS.

Caso Clínico

Mulher de 65 anos referenciada à consulta de Medicina por episódios recorrentes de episclerite/esclerite associados a agravamento progressivo da função renal. À anamnese referia sintomas sicca, fadiga e poliartralgias mistas. O teste de Schirmer foi positivo. A biópsia de glândula salivar minor revelou sialadenite crônica grau 3 (escala de Chisholm-Mason) e a cintigrafia das glândulas salivares documentou marcada diminuição da função secretora das glândulas parótidas e submandibulares. A pontuação de 4 pontos nos critérios de classificação ACR/EULAR sustentou o diagnóstico de SS com envolvimento glandular e extraglandular. Simultaneamente, verificou-se hematuria persistente e proteinúria não nefrótica ($\leq 0,5$ g/dia), acompanhadas de declínio progressivo da taxa de filtração glomerular. A ecografia renovesical evidenciou alterações sugestivas de nefropatia, excluindo outras causas. O estudo imunológico foi negativo, exceto para níveis séricos aumentados de IgA. Para esclarecimento etiológico, realizada biópsia renal, que documentou depósitos mesangiais de IgA com esclerose segmentar e hiper celularidade mesangial focal. Iniciado bloqueio do sistema renina-angiotensina a par de hidroxicloroquina. Mantém-se clinicamente estável, com proteinúria baixa e atividade ligeira de vasculite por IgA (score 3).

Discussão

Este caso ilustra a coexistência de SS e NlgA, uma associação rara. Destaca-se a importância da biópsia renal na avaliação de manifestações renais atípicas, particularmente hematuria persistente, permitindo distinguir entre envolvimento renal relacionado com a doença de base e glomerulopatias concomitantes. Este caso reforça ainda a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no seguimento destes doentes, em concordância com as recomendações atuais.

DELÍRIO DE INFESTAÇÃO A DOIS: UM CASO CLÍNICO

Filipa Novo; Diana Silva Fernandes; Raquel Rodrigues Santos; João Paulo Caldas; Florisa Gonzalez; Rosa Lemos

ULSPVVC

CASO CLÍNICO

Introdução

O delírio de infestação, corresponde à convicção falsa e persistente de infestação por parasitas, frequentemente associada a lesões cutâneas autoinfligidas e procura repetida de cuidados médicos. A apresentação partilhada em casal é rara, constituindo um desafio diagnóstico importante, sobretudo pela necessidade de exclusão de outras etiologias.

Caso clínico

Descreve-se o caso de um casal, homem de 52 anos, pescador, e mulher de 51 anos, doméstica, observados conjuntamente no serviço de urgência por queixas concordantes de parasitas a sair da pele, boca, olhos, roupa e alimentos, e isolamento domiciliário nas três semanas prévias por receio de contagiar terceiros. O marido referia início dos sintomas após regresso do trabalho, atribuindo quadro semelhante a outros companheiros do barco. Manifestou durante a entrevista comportamentos autolesivos para comprovar a saída de parasitas das múltiplas escoriações cutâneas dispersas pelo corpo. Ambos descreviam tentativas de remoção dos parasitas da pele e olhos com recurso a pinças, panos e água oxigenada. A esposa corroborava integralmente a narrativa, apresentando lesões semelhantes, com a mesma convicção de parasitas a sair pela pele e orifícios naturais com infestação da sua habitação, que lhes condicionava isolamento social e físico. O estudo analítico de ambos sem alterações relevantes. A pesquisa de drogas na urina positiva para cocaína e opiáceos no marido e positiva para cocaína na esposa, apesar de esta negar consumo. A tomografia crânio-encefálica de ambos sem alterações agudas. Após discussão com Infecologia, considerou-se pouco provável etiologia infecciosa. A avaliação psiquiátrica concluiu tratar-se de psicose de infestação compatível com quadro secundário ao consumo de cocaína, com fenómeno partilhado e comportamento autolesivo associado. Ambos iniciaram olanzapina e foram orientados para consulta de crise.

Conclusão

Este caso ilustra uma forma de delírio de infestação partilhada em contexto conjugal, com forte impacto funcional, isolamento social e autolesão. Salienta-se a importância de abordagem multidisciplinar e da exclusão de causas infecciosas e orgânicas, bem como do reconhecimento do papel do consumo de substâncias na génese e manutenção do quadro psicótico.



SÍNDROME DE EDEMA CERVICAL ESPONTÂNEO: UM DIAGNÓSTICO RARO

Pedro Vaz ; Ana Abade; João Galaz Tavares; Natália Marto; Joana Barata Tavares;
Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

CASO CLÍNICO

Introdução

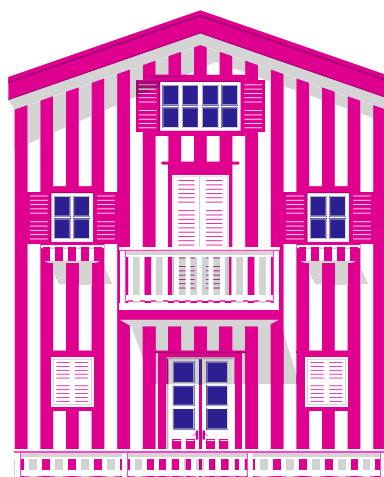
O edema cervical unilateral apresenta um amplo diagnóstico diferencial. A síndrome de edema cervical espontâneo é rara, com erros de diagnóstico frequentes e cuja história clínica cuidada faz a diferença. Apresentamos um caso numa jovem saudável.

Caso clínico

Mulher de 53 anos, sem antecedentes relevantes, com tumefação cervical esquerda súbita e indolor após ingestão alcoólica, sem febre, odinofagia ou dispneia. Foi avaliada no Serviço de Urgência, analiticamente com leucocitose (11210/uL) e PCR normal; a tomografia computadorizada (TC) cervical revelou edema dos tecidos moles com desvio da via aérea sem colapso, coleções ou massas. Diagnosticada incorretamente como celulite, iniciou flucloxacilina com resolução em sete dias. Três meses depois, retornou por recidiva do quadro. As análises não tinham alterações e a TC cervical evidenciou edema unilateral. Internada, fez ressonância magnética cervical e torácica que mostrou estenose focal do canal torácico com consequente edema dos tecidos moles adjacentes. Após exclusão de etiologias infecciosas, inflamatórias, vasculares, neoplásicas e malformações linfáticas, estabeleceu-se o diagnóstico de síndrome de edema cervical espontâneo. Sob medidas conservadoras, evoluiu com recorrência aos 3 meses, com edema e disfonia mais frequentes. Aguarda atualmente reunião multidisciplinar com a Cirurgia Torácica, sendo ponderada abordagem cirúrgica.

Discussão

A síndrome de edema cervical espontâneo caracteriza-se por edema supraclavicular esquerdo agudo, recorrente e autolimitado. A fisiopatologia é incerta, sendo a hipótese mais aceite a estase linfática transitória do ducto torácico. Álcool, gorduras ou exercício poderão ser desencadeantes. É um diagnóstico muito raro e de exclusão, cujo reconhecimento evita exames e terapêuticas desnecessárias. A abordagem é conservadora, baseada em restrição lipídica e evicção de fatores precipitantes, reservando-se terapêuticas farmacológicas ou cirurgia para casos selecionados.



PO 228

MÚLTIPLAS LESÕES, UM DIAGNÓSTICO: CASO CLÍNICO DE ABCESSOS CEREBRAIS

Eduardo Viana; Eduardo Viana; Cláudio Coelho; Iara Fazenda; Nereida Monteiro;
Sara Pereira; Ana Garrido Gomes

ULSAM

CASO CLÍNICO

Introdução

Os abscessos cerebrais múltiplos são uma condição rara e potencialmente fatal, frequentemente associados a disseminação hematogénica de outros focos infecciosos à distância. O diagnóstico diferencial inclui doença metastática ou processos inflamatórios, sendo a imagiologia e a investigação microbiológica fundamentais para orientar a terapêutica.

Caso clínico

Sexo masculino, 58 anos, previamente autónomo, trazido ao serviço de urgência por febre, sonolência e desorientação aguda, associadas a desequilíbrio na marcha. À admissão encontrava-se confuso, hemodinamicamente estável, sem défices neurológicos focais evidentes. A punção lombar revelou pleocitose com predomínio de neutrófilos e hiperproteinorráquia. A TC cranioencefálica identificou múltiplas lesões ocupando espaço, posteriormente, caracterizadas por RM como mais de 30 lesões intra-parenquimatosas com realce periférico e restrição à difusão, sugestivas de embolização séptica com formação de múltiplos abscessos cerebrais. Realizada TC torácica que evidenciou pneumonia bilateral com áreas de necrotização/abcedação. Foram excluídos na investigação endocardite e neoplasia. Iniciou antibioterapia empírica de largo espectro e, posteriormente, foram isolados *Staphylococcus hominis* (líquido cefalorraquidiano) e *Streptococcus intermedius* (hemoculturas). Após 8 semanas de antibioterapia dirigida com ceftriaxone e metronidazol, observou-se melhoria clínica e imagiológica significativa, com regressão das lesões e recuperação neurológica parcial.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação grave de abscessos cerebrais múltiplos provavelmente de origem pulmonar, associada a bacteriémia. A multiplicidade das lesões levantou, inicialmente, suspeita de etiologia metastática, salientando a importância da RM na caracterização das lesões. O tratamento antibiótico prolongado permitiu resolução progressiva sem necessidade de drenagem neurocirúrgica.

PO 234

“SÍNDROME DO BABUÍNO” – UM CASO DE TOXIDERMIA RARA

Hugo Ventura; João Melo; Sofia Camões; Beatriz Silva; Filipa Reis; José Pedro Fonseca; Catarina Silva; José Matos; Margarida Rato; Manuela Oliveira; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES, EPE - HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO

CASO CLÍNICO

Introdução

O Exantema Intertriginoso e flexural simétrico relacionado a medicamentos (SDRIFE), também conhecido por Síndrome do Babuíno pela sua forma de atingimento cutâneo, é uma reação cutânea de hipersensibilidade tipo IV rara, caracterizada por: exposição a fármaco sistémico na primeira dose ou dose subsequente; eritema da região glútea/perianal e/ou região inguinal/perigenital; envolvimento de pelo menos 1 região intertriginosa; simetria das áreas afetadas e ausência de sinais ou sintomas sistémicos. Os fármacos mais comuns causadores são: aminopenicilinas, inibidores de betalactamases e agentes de quimioterapia.

Caso clínico

Mulher de 71 anos, com doença de Behçet diagnosticada há mais de 10 anos e medicada há longa data com azatioprina. Recorre ao serviço de urgência (SU) por exantema cutâneo com prurido. História clínica detalhada, com identificação de toma única de etoricoxib (por artralgias mecânicas) 2 dias antes do início dos sintomas (no passado já teria feito toma deste fármaco). Sem introdução recente de outros fármacos. No SU: febril e com exantema cutâneo desde a região inframamária até abaixo dos joelhos de forma simétrica. Análises com leucocitose $11,27 \times 10^9/L$ com neutrofilia 93,4%, sem eosinofilia, Proteína C reativa 3.09 mg/dL (N: <0,50 mg/dL), sem alteração na função renal ou provas hepáticas. Colhido rastreio microbiológico com urocultura (UC) e hemoculturas (HCs). Por ausência de aumento dos parâmetros inflamatórios na seriação analítica foi introduzida prednisolona na dose de 1mg/Kg/dia na presunção de toxidermia grave, sem evidência de envolvimento orgânico na altura. Foi ainda aplicado corticóide tópico nas lesões. Doente apresentou apirexia sustentada e melhoria significativa das lesões cutâneas. Estudo complementar com UC e HCs sem isolamento microbiológico, serologias hepatite B, hepatite C, HIV, citomegalovírus e Epstein Barr e Mycoplasma pneumoniae sem evidência de infeção aguda e auto-imunidade negativa. O exantema evoluiu com atingimento de forma predominante dos sulcos inframamários, das axilas, e da raiz das coxas de forma simétrica bem como atingimento da região do períneo. Avaliada pela especialidade de Dermatologia que concluiu tratar-se de SDRIFE ao Etoricoxib. Após 10 dias de internamento, doente teve alta para domicílio com esquema de desmame de corticoterapia.

Discussão

O Etoricoxib é um anti-inflamatório não esteróide inibidor seletivo da ciclo-oxigenase-2, sendo muito raros os casos de efeitos adversos relacionado com o fármaco. No presente caso clínico, estamos perante um raro caso de SDRIFE a etoricoxib. As manifestações clínicas são altamente características e incluem lesões cutâneas com uma distribuição exata, no entanto, existe uma grande heterogeneidade das características histopatológicas. A relação temporal com o uso do medicamento suspeito é de extrema importância, visto que a sua suspensão é mandatória. O tratamento inclui corticoterapia tópica e sistémica e controlo de sintomas.





PO 242

SÍNDROME DE ALPORT COM ESTUDO GENÉTICO NEGATIVO: PAPEL DA BIÓPSIA RENAL NO DIAGNÓSTICO

Carolina R. Oliveira; Carla Lemos Costa,; Dany Cruz; Laura Oliveira Cainé; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

CASO CLÍNICO

Introdução

A Síndrome de Alport é uma causa frequente de doença renal crónica hereditária, caracterizada por hematuria persistente, hipoacusia neurosensorial e alterações oculares. O diagnóstico baseia-se na identificação de variantes nos genes COL4A3, COL4A4 e COL4A5, contudo, até 15% dos casos não apresentam mutações detectáveis, tornando a biópsia renal essencial para o diagnóstico definitivo. Este caso evidencia a importância da correlação clínico-patológica nesta entidade.

Caso Clínico

Homem de 44 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão arterial, Asma desde os 6 anos, hipoacusia neurosensorial e bicuspidia aórtica com insuficiência severa submetida a substituição valvular por prótese mecânica, hipocoagulado com varfarina. Foi referenciado por eritrocitúria persistente. A uretroscopia e citologia urinária não apresentaram alterações de relevo. Analiticamente apresentava creatinina 1,47 mg/dL (eTFG 58,6 mL/min/1,73m²), sedimento urinário com 22 eritrócitos/campo e 9% de eritrócitos dismórficos. O estudo autoimune foi negativo (ANCAs, anti-MBG), documentando-se posteriormente ANA 1/80 e anti-dsDNA 136 sem consumo de complemento. A ecografia renal revelou rins de dimensões normais com áreas de ligeiro aumento da ecogenicidade no parênquima direito. A evolução da função renal mostrou creatinina de 1,0 mg/dL, com deterioração progressiva (1,3-1,5 mg/dL), estabilizando em G3aA2. Dada a eritrocitúria persistente com eritrócitos dismórficos, deterioração da função renal e hipoacusia neurosensorial, colocou-se a hipótese de síndrome de Alport, tendo o estudo genético COL4A3/4/5 sido negativo. Realizou-se biópsia renal que confirmou o diagnóstico, revelando à microscopia eletrónica espessamento irregular da membrana basal glomerular com laminação e fragmentação da lamina densa, formando o aspeto característico em “cesto de vime”. Iniciou empagliflozina 10mg, mantendo perindopril/amlodipina 10/5mg, com função renal estável em seguimento.

Discussão

Este caso demonstra que a ausência de mutações nos genes COL4A3/4/5 não exclui síndrome de Alport, podendo refletir limitações técnicas ou variantes não detetáveis. A presença de hematuria glomerular persistente associada a hipoacusia e deterioração renal deve motivar investigação dirigida. A biópsia renal permanece essencial quando a suspeita clínica é elevada, permitindo o diagnóstico definitivo. O reconhecimento precoce possibilita intervenção terapêutica nefroprotetora, nomeadamente com bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona e inibidores da SGLT2, retardando a progressão da doença. Este caso reforça a importância da integração clínica e histológica no diagnóstico e orientação destes doentes.

PO 244

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE POR ANTICORPOS FRIOS, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Ferraz de Abreu Rocha; Carla Pereira Fontes; Ana Heloísa Ribeiro; Fábio Santos; Diogo Dias

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

CASO CLÍNICO

A anemia hemolítica autoimune (AHA) por anticorpos frios é uma condição autoimune rara, representando cerca de 15-20% dos casos de AHA. Caracteriza-se pela presença de elevados níveis de autoanticorpos, principalmente IgM, que permanecem ativos em temperaturas abaixo de 30°C e têm como alvo os eritrócitos, promovendo a sua aglutinação, ativação do complemento e hemólise intravascular. Pode ser idiopática, mas na sua maioria é secundária a doença sistémica de etiologia infecciosa, autoimune ou linfoproliferativa.

Mulher de 74 anos com antecedentes de gamapatia monoclonal por IgM/Kappa, admitida por quadro de febre, prostração e clínica de infeção respiratória com 3 dias de evolução, encontrando-se sob amoxicilina/clavulanato e azitromicina há 2 dias. À admissão apresentava-se apirética, hemodinamicamente estável; ictérica, sem outras alterações mucocutâneas, abdómen depressível e indolor, sem organomegalias palpáveis». Gasimetria do sangue arterial em ar ambiente sem insuficiência respiratória ou distúrbios ácido-base, lactatos normais. Analiticamente com hemoglobina 5,4 g/dL, plaquetas 553 x10⁹ u/L, leucócitos 24,2x10⁹ u/L (neutrófilos 21,25x10⁹ u/L, linfócitos 1.572x10⁹ u/L); proteína C reativa 231 mg/L; hiberbilirrubinemia à custa da indireta; LDH 396 U/L, haptoglobina baixa, reticulocitose; esfregaço do sangue periférico com «aglutinação eritrocitária após aquecimento da amostra a 37°C»; função renal e ionograma normais; teste de Coombs direto positivo 4+, IgM 3+/C3c 2+/C3d 4+/C4 3+; crioglobulinas positivas. Assumido quadro de AHA por anticorpos frios de etiologia não esclarecida (parainfecciosa versus progressão da gamapatia versus outra causa), tendo requerido suporte transfusional (2 unidades de concentrado eritrocitário) com rentabilidade. Evoluiu com melhoria da anemia e dos parâmetros de hemólise. Completou ciclo de antibioterapia com piperacilina/tazobactam com boa resposta. Do estudo etiológico, pesquisa de vírus respiratórios e hemoculturas negativas, serologias de mycoplasma pneumoniae, EBV e CMV compatíveis com contacto passado, sem evidência de infeção aguda, HIV negativo; eletroforese sérica com gamapatia monoclonal IgM/Kappa com razão kappa/lambda aumentada. Estudo adicional com biópsia da medula óssea revelou presença de células B patológicas com imunofenotípico compatível com Macroglobulinemia de Waldenstrom, mantendo acompanhamento em consulta de Hematologia. Apesar do diagnóstico hematológico, a evolução clínica (autolimitada, resolvida após o processo infeccioso) e analítica (valores de hemoglobina sustentadamente estáveis) suportam a hipótese de AHA por anticorpos frios secundária a infeção sem agente identificado como diagnóstico mais provável.

Este caso destaca, assim, a importância da investigação complementar da AHA por anticorpos frios para o diagnóstico diferencial, sobretudo em doentes com outros fatores de risco para a mesma, visto que a abordagem e tratamento são diferentes.

PO 245

LEUCEMIA AGUDA DE FENÓTIPO MISTO: UMA APRESENTAÇÃO INSIDIOSA MASCARADA POR CITOPENIAS PROLONGADAS

Beatriz Mendes Fernandes; Ana Barradas; Carolina Amado

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

CASO CLÍNICO

A leucemia aguda de fenótipo misto é uma entidade rara, caracterizada pela expressão simultânea de marcadores mielóides e linfóides, associando-se frequentemente a prognóstico desfavorável e dificuldade diagnóstica. A sua apresentação clínica pode ser inespecífica, contribuindo para atraso no reconhecimento. Este caso ilustra uma evolução insidiosa com citopenias prolongadas e diagnóstico tardio.

Caso clínico

Mulher de 53 anos, com artrite reumatóide previamente sob metotrexato e citopenias previamente documentadas sem etiologia esclarecida, recorre ao SU por epigastralgia, anorexia e perda ponderal de 10 kg (IMC 12,7) com dois meses de evolução.

Ao exame objetivo destacava-se caquexia marcada e mucosite oral exuberante.

Analiticamente apresentava pancitopenia grave (Hb 5,3 g/dL, leucócitos 700/ μ L, neutrófilos 60/ μ L, plaquetas 5.000/ μ L), PCR 20,7 mg/dL, VS 0,73 mm/1^h e hipoalbuminemia.

Inicialmente, e após estudo complementar, foi considerada possível toxicidade medicamentosa como contributo para a pancitopenia, tendo sido protelada abordagem hematológica invasiva. Durante o internamento, a evolução clínica foi desfavorável, com agravamento da pancitopenia e complicações infecciosas associadas à imunossupressão. Por esta razão foi realizado estudo medular, que revelou 76% de blastos. A imunofenotipagem demonstrou expressão de marcadores mielóides e T, compatível com leucemia aguda de fenótipo misto. O estudo citogenético evidenciou cariótipo complexo, conferindo prognóstico reservado.

Esta leucemia representa menos de 5% das leucemias agudas, sendo mais frequente entre os 30 e os 40 anos e associa-se a elevada heterogeneidade biológica. O prognóstico é globalmente desfavorável, sobretudo na presença de cariótipo complexo, elevada carga tumoral e atraso diagnóstico. O tratamento não é uniforme, sendo frequentemente adotados esquemas de quimioterapia híbridos (linfóide e mielóide) ou abordagem sequencial, com eventual indicação para transplante de células estaminais hematopoéticas em casos elegíveis. Estima-se que a taxa de sobrevivência aos três anos após o transplante seja de 56%.

Devido ao estado clínico extremamente debilitado, com caquexia grave, pancitopenia severa e complicações infecciosas, a doente acabou por falecer antes de se poder instituir terapêutica dirigida.

Este caso evidencia uma apresentação atípica de leucemia aguda de fenótipo misto, marcada por evolução insidiosa e citopenias prolongadas inicialmente atribuídas a etiologia iatrogénica. A raridade desta entidade e a ausência de sinais clássicos podem dificultar o reconhecimento precoce. A persistência das alterações hematológicas sem causa evidente motivaram investigação aprofundada. O diagnóstico definitivo depende de estudo medular com imunofenotipagem, sendo essencial para correta classificação e orientação terapêutica. O cariótipo complexo identificado reforça o carácter agressivo da doença e o impacto prognóstico desfavorável.

O reconhecimento precoce é fundamental dada a agressividade e implicações prognósticas desta entidade.

PO 256

QUANDO O POTÁSSIO E A HIPERTENSÃO SE CONJUGAM?

Ana Catarina Vicente Camarneiro; Inês Figueiredo Coutinho; Beiana de Sousa;
Inês B. Mesquita; Rosário Santos Silva

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

O hiperaldosteronismo primário (HAP) é a causa endócrina mais frequente de hipertensão arterial secundária, sendo responsável por 5 a 10% dos casos de hipertensão arterial e por até 23% dos casos de hipertensão resistente. Apenas 25 a 30% dos doentes apresentam hipocaliemia, pelo que a normocaliemia não exclui o diagnóstico. Apesar da sua prevalência, o HAP permanece frequentemente subdiagnosticado, sendo a sua identificação precoce fundamental para a instituição de tratamento dirigido, com vista à redução do risco cardiovascular independente associado ao excesso de aldosterona.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 79 anos, encaminhado pelo médico assistente por hipocaliemia (K^+ 2,5 mmol/L), associada a astenia, anorexia e perda ponderal com mais de um ano de evolução. Antecedentes de fibrilhação auricular permanente, dislipidemia com risco cardiovascular muito elevado, hipertensão arterial não controlada sob quatro classes de fármacos anti-hipertensores, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crónica. Na admissão: hipertenso (218/110 mmHg) e confirmada hipocaliemia. Procedeu-se à correção endovenosa de potássio e reconciliação terapêutica com introdução de antagonista dos recetores mineralocorticoides (ARM), justificada pela gravidade clínica. Perante a conjugação de hipertensão resistente e hipocaliemia grave, foi colocada a hipótese de HAP. Após período de washout adequado dos fármacos interferentes, confirmou-se o diagnóstico de HAP com valores séricos de aldosterona de 2390 pmol/L (86,2 ng/dL), concentração direta de renina de 5,8 mU/L e razão aldosterona/renina (ARR) de 412 pmol/L por mU/L (limiar de positividade ≥ 70). Na primeira avaliação após introdução ARM, apresentava melhoria do controlo tensional, normocaliemia e resolução das queixas de astenia e anorexia. Prosseguiu-se o estudo etiológico com tomografia computadorizada das suprarrenais e titulação da dose de ARM, com objetivo de normalização da renina como marcador de bloqueio mineralocorticoide adequado.

Conclusão

Este caso reforça a importância da suspeição de HAP em doentes com hipertensão resistente e hipocaliemia, mesmo em contexto de polimedicação e idade avançada. O diagnóstico exige uma abordagem sistematizada, incluindo washout de fármacos interferentes e correta interpretação da ARR. O objetivo terapêutico com ARM não se limita ao controlo tensional e à normalização do potássio, devendo incluir normalização do valor da renina como indicador de bloqueio adequado do excesso de aldosterona. O reconhecimento e tratamento precoces são particularmente relevantes dado que o HAP confere risco cardiovascular independente — incluindo maior incidência de fibrilhação auricular, acidente vascular cerebral e enfarte do miocárdio — superior ao da hipertensão essencial para o mesmo grau de elevação tensional.

PO 257

QUANDO A VASCULITE NÃO É O QUE PARECE: UMA SÍNDROME PARANEOPLÁSICA

Angélica de Freitas e Lopes¹; Joana Balça Silva²; Teresa Moitinho de Almeida³; Maria Joana Alvarenga³; Isabel Madruga³

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LISBOA OCIDENTAL - HOSPITAL EGAS MONIZ

2. CENTRO CLÍNICO CHAMPALIMAUD

3. HOSPITAL EGAS MONIZ

CASO CLÍNICO

Introdução

As vasculites cutâneas podem constituir uma manifestação inicial de múltiplas patologias, incluindo infeções, doenças autoimunes ou neoplasias. As síndromes paraneoplásicas associadas a tumores sólidos podem mimetizar doenças sistémicas inflamatórias, representando um desafio diagnóstico. A identificação da etiologia subjacente é essencial para orientar o tratamento adequado.

Caso clínico

Homem, 73 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crónica e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por aparecimento de lesões cutâneas maculo-papulares palpáveis nos membros inferiores, associada a hematúria, dor lombar e sintomatologia urinária irritativa com várias semanas de evolução. Tinha leucocitose marcada e exames imagiológicos prévios que evidenciavam múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, alguns cavitados, sugestivos de metastização. Dado o quadro clínico foi assumido como hipótese de diagnóstico principal vasculite sistémica com envolvimento pulmonar e renal. Porém, o estudo imunológico foi negativo, a biópsia cutânea mostrou alterações compatíveis com vasculite urticariforme e a biópsia pulmonar não demonstrou neoplasia ou doença granulomatosa. Perante a persistência de hematúria e sintomatologia urinária, foi realizada cistoscopia onde se objetivou massa vesical necrosada cuja biópsia confirmou carcinoma urotelial de alto grau infiltrativo. Assim, as lesões pulmonares foram consideradas compatíveis com Metastização e, por outro lado, a leucocitose como reação leucemóide e vasculite cutânea, ambas manifestações paraneoplásicas.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade diagnóstica das síndromes paraneoplásicas, que podem mimetizar doenças inflamatórias sistémicas. A presença de vasculite cutânea associada a manifestações sistémicas deve motivar estudo etiológico abrangente, incluindo despiste de doença neoplásica.

PO 258

POLICITEMIA VERA E CARCINOMA RENAL: UMA COOPERAÇÃO INDESEJADA.

Baltazar Gabriel Oliveira; Mariana da Silva Alves; Marta Amaro; Rita Calixto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Introdução

A policitemia vera é uma neoplasia mieloproliferativa crónica que resulta na produção excessiva de eritrócitos, com mutação do gene JAK2 presente em mais de 95% dos casos e níveis séricos de eritropoietina tipicamente baixos ou normais. Estes doentes apresentam risco aumentado de segundas neoplasias, incluindo carcinoma renal. O carcinoma de células renais claras, por sua vez, pode causar eritrocitose paraneoplásica em 2-4% dos casos através da produção de eritropoietina pelas células tumorais. A coexistência destas duas neoplasias representa um desafio diagnóstico porque ambas podem cursar com policitemia.

Caso Clínico

Os autores apresentam o caso de um homem de 61 anos, autónomo, com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio em 2014, dislipidemia e tabagismo antigo. É encaminhado para a consulta de Medicina Interna para estudo de poliglobulia com valores de hemoglobina de 18,5 g/dL e eritrócitos $6.59 \times 10^{12}/L$. Na primeira consulta são apuradas as seguintes queixas: cansaço, toracalgia, epigastralgia, cefaleias, prurido aquagénico e eritromelalgia. Ao exame objetivo destaca-se um fâcies ligeiramente pletórico, hipocratismo digital e cianose labial e das extremidades. Do estudo etiológico realizado destacam-se níveis séricos de eritropoietina normais e pesquisa de mutação V617F do gene JAK2 positiva, estabelecendo o diagnóstico de policitemia vera. Desse modo, inicia flebotomias periódicas e terapêutica citostática com hidroxiureia com descida gradual dos valores de hemoglobina. Numa consulta de seguimento é apurada perda ponderal inexplicada. O doente realiza TC de Tórax, Abdómen e Pelve nesse contexto, que revela nódulo na vertente posterior do terço médio do rim direito com 4,2 x 3,4 cm de tamanho em corte axial, hipercaptante ao contraste e com washout na fase tardia, sugestivo de carcinoma de células renais. É encaminhado para a consulta de Urologia, onde faz Ressonância Magnética do Abdómen e Pelve com achados sobreponíveis à TC realizada, sendo submetido a nefrectomia total direita. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirma carcinoma renal de células claras, grau de ISUP 2, estadio pT2b com 10,5 cm na maior dimensão. Após a nefrectomia, verificou-se um melhor controlo da policitemia, mantendo tratamento sob citostático.

Discussão

O caso apresentado ilustra a coexistência de duas neoplasias que partilham a policitemia como manifestação comum, tornando o diagnóstico diferencial particularmente desafiante. A presença da mutação do gene JAK2 e os níveis séricos de eritropoietina normais indicavam a policitemia vera como causa primária da poliglobulia. Contudo, a melhoria analítica do doente após a nefrectomia corrobora a hipótese de que o carcinoma de células renais claras pudesse contribuir para a eritrocitose, sugerindo um mecanismo misto. Concluindo, este caso reforça a importância da exclusão de causas secundárias de poliglobulia e a necessidade de vigilância ativa para segundas neoplasias em doentes com policitemia vera.

PO 259

BRONQUIECTASIAS DIFUSAS NO ADULTO: DIAGNÓSTICO DE FIBROSE QUÍSTICA NA QUINTA DÉCADA DE VIDA

Tiago Sampaio Cunha; Andrea Mateus; João Neves

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

CASO CLÍNICO

A fibrose quística é uma doença genética multissistémica, causada por variantes patológicas do gene associado ao CFTR, com atingimento variável de estruturas produtoras de secreções corporais, com especial ênfase na árvore respiratória. Alguns indivíduos com mutações com menor impacto na função CFTR podem apresentar-se tardiamente como causa de bronquiectasias difusas no adulto. Apresenta-se o caso de uma mulher de 43 anos, fumadora, sem antecedentes respiratórios, infeções de repetição ou sintomas gastrointestinais, que iniciou um quadro persistente de tosse produtiva espessa, de difícil mobilização, dispneia para esforços e pieira. A sintomatologia persistiu apesar de múltiplos cursos de antibioterapia. Após referenciação a consulta de Doenças Respiratórias realizou estudo tomográfico que demonstrou bronquiectasias difusas, com espessamento parietal e impactação mucoide disseminada. Realizou-se teste de suor, que revelou resultados intermédios. Sem défice de alfa-1 antitripsina ou de imunoglobulinas, estudo imunológico negativo, assim como IgE específica para *Aspergillus*. Sem isolamentos microbiológicos nas secreções respiratórias ou lavado broncoalveolar. Perante sintomatologia persistente, bronquiectasias difusas e teste do suor inconclusivo, prosseguiu-se para caracterização molecular do gene CFTR, que identificou duas mutações em heterozigotia (c.1210-33_1210-6GT[12]T[4] e c.4333G>A) compatíveis com fibrose quística de apresentação tardia. Enfatiza-se a necessidade de investigação estruturada das causas de bronquiectasias no adulto, reforçando a necessidade de caracterização genética perante distribuição difusa, anormalidade do teste do suor e clínica compatível.



ÍNDICE

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO

CASO CLÍNICO

- PO005** Endocardite por *Staphylococcus haemolyticus*
PO009 Do sintoma comum ao diagnóstico raro: espondilodiscite por *Campylobacter fetus*
PO010 Carotidinia: Quando a Dor Cervical é Vascular
PO012 Entre o controlo tumoral e o risco hemorrágico: hemotórax maciço associado a pazopanib
PO014 Citólise Hepática de Etiologia Incerta: O Papel da Biópsia no Diagnóstico Final
PO015 Bacteriemia por MSSA em Pé Diabético com Osteomielite: Desafio Terapêutico no Idoso Frágil
PO016 Dor Óssea e Lesões Líticas: Diagnóstico de Mieloma Múltiplo de Cadeias Leves
PO017 Colite por *Campylobacter* como primeira manifestação de infeção por VIH-1
PO018 Quando a febrícula persiste: o contributo da PET no diagnóstico de polimialgia reumática
PO020 Nem toda a carcinomatose é cancro: tuberculose genitourinária numa jovem com polisserosite
PO021 Disfagia como apresentação atípica de neoplasia pulmonar avançada
PO022 DOENÇA RARA NEM SEMPRE REQUER INTERNAMENTO – DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE WHIPPLE EM AMBULATÓRIO
PO023 ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE - A CHAVE PODE ESTAR LONGE DA BOCA
PO024 Será que se trata de uma Síndrome de Bing-Neel?
PO025 TROMBOSE BASILAR NO ADULTO JOVEM: DO INESPECÍFICO À INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR
PO026 Miopatias inflamatórias: quando a terapêutica confunde o diagnóstico
PO031 Quando a disfagia revela lúpus, uma apresentação atípica de LES
PO033 UM ENFARTE DIFÍCIL DE ENGOLIR: ODINOFAGIA COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA
PO037 Artrite microcristalina como causa de síndrome de resposta inflamatória sistémica
PO040 HIPONATREMIA: DE MÃOS DADAS COM UMA SUPRARRENAL INSUFICIENTE
PO041 UM OLHAR NOS PÉS: MIASTENIA GRAVIS
PO047 POEIRA E PÚS: A COMPLEXA RELAÇÃO ENTRE SILICOSE E NOCARDIOSE CEREBRAL
PO048 Metastização cutânea como primeira apresentação de Carcinoma Gástrico – uma entidade rara
PO050 QUANDO O TESTE RÁPIDO FALHA: DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COM ANTIGENÚRIA NEGATIVA
PO051 NEM TUDO O QUE INFLAMA É GOTA: A RESPOSTA ERA DOENÇA DE STILL
PO054 DISARTRIA AGUDA - ALÉM DO AVC
PO056 Doença de Graves: A outra face da terapêutica antitiroideia.
PO057 “Quando o ‘AVC’ é esclerose múltipla: um caso de início tardio”
PO058 Síndrome de Weil: apresentação grave de leptospirose com envolvimento multiorgânico
PO059 ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA - PARA ALÉM DAS CAUSAS HABITUAIS
PO060 Cocaína e Tromboembolismo Pulmonar: uma associação subestimada
PO061 Varicela disseminada com envolvimento mucoso em doente com DPOC GOLD 4E
PO062 Fratura patológica em enfermaria de Ortopedia: diagnóstico de plasmocitoma ósseo solitário
PO067 DO HUMOR À INFLAMAÇÃO: O LÚPUS QUE SE VESTIU DE DEPRESSÃO
PO073 ENDOCARDITE INFECCIOSA (HACEK) EM PROTÉSE VALVULAR MECÂNICA MITRAL COM EMBOLIZAÇÃO OSTEOARTICULAR
PO076 Distúrbios hidroeletrólíticos

- PO078** Hepatite aguda após exposição curta a nimesulida: um diagnóstico a não perder
- PO079** A Soma dos Fatores: Insuficiência Cardíaca Aguda Multifatorial
- PO080** Tromboembolismo: Um Caso Ilustrativo
- PO081** ENVELHECER COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
- PO082** VASCULITE DE PEQUENOS VASOS INDUZIDA POR FÁRMACOS - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO086** Da colestase à miocardiopatia infiltrativa: uma amiloidose AL com envolvimento hepático diferente.
- PO087** CRISE CONVULSIVA EM DOENTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE QUISTO HIDÁTICO
- PO088** CRISE CONVULSIVA INAUGURAL EM DOENTE COM CARDIOPATIA CONGÊNITA
- PO091** Encefalopatia de Wernicke: o diagnóstico que se escondeu
- PO092** Nem tudo é desidratação: uma alcalose metabólica grave com causa oculta
- PO093** O achado clínico que mudou o diagnóstico
- PO095** NEM TUDO É O QUE PARECE
- PO103** Bacteremia primária por *Streptococcus dysgalactiae* com manifestação cutânea: relato de caso
- PO108** *Staphylococcus aureus* sensível à metilina em prótese vascular: desafio terapêutico
- PO112** Quando a tireoide falha quem sofre é o coração
- PO114** QUANDO A PELE REVELA INCERTEZA: ERITEMA MULTIFORME MAJOR
- PO115** Hipocalcemia grave recorrente: O diagnóstico além do metabólico
- PO116** Um caso clínico de Hemorragia Digestiva Alta: desmascarar o real culpado
- PO117** Quando não é apenas um simples quisto hepático
- PO118** A habitual, mas atualmente inesperada, evolução natural de uma infecção crônica por Hepatite B
- PO119** Apenas uma dor lombar, ou será algo mais?
- PO121** Entre a púrpura e a parestesia: o fio invisível da IgA
- PO122** Acidente Vascular Cerebral por Endocardite Infeciosa a *Escherichia Coli*
- PO125** Celulite por *Clostridium perfringens*: uma apresentação rara e potencialmente grave
- PO126** A DOR TORÁCICA QUE SE RECUSOU A SER CARDÍACA
- PO134** MASSA AURICULAR DIREITA EM DOENTE COM SUSPEITA DE NEOPLASIA RENAL
- PO135** Para além da Insuficiência Cardíaca: quando a visão holística redefine o diagnóstico
- PO138** Miopatia inflamatória imunomediada – relato de um caso desafiante
- PO139** Da infecção urinária ao mieloma múltiplo
- PO141** Doença Metastática de Primário Incerto: O Impacto do Tempo no Diagnóstico e na Decisão Terapêutica
- PO143** O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA ENXAQUECA HEMIPLÉGICA NA GRAVIDEZ
- PO146** SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA COM TROMBOSE RENAL COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL: RELATO DE CASO
- PO147** Síndrome de Lise Tumoral como primeiro sinal de Leucemia Mieloide Aguda
- PO151** Artrite Reumatoide com Manifestações Extra-Articulares: Um Desafio Diagnóstico
- PO152** Apresentação inaugural atípica de artrite reumatoide no idoso
- PO158** Diagnóstico tardio de doença citomegálica gastrointestinal difusa em doente com miastenia gravis
- PO160** Abscesso pulmonar em área tumoral: quando a infecção muda o prognóstico
- PO164** Diagnósticos concorrentes em Medicina Interna: valorização precoce de achados discordantes
- PO166** ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA E DÉFICE FOCAL: PENSAR ALÉM DO AVC
- PO168** Leucemia mieloide aguda hiperleucocitária com apresentação inicial de AVC: um desafio diagnóstico
- PO169** Lupus Eritematoso sistêmico em doente com história de tuberculose extra-pulmonar
- PO172** Um caso de espondilodiscite - um diagnóstico desafiante
- PO174** Hipocalcemia como manifestação de pancreatite aguda

- PO176** Aprisionados nos vasos: uma crise vaso-oclusiva
PO179 A Clínica comanda a Investigação: uma caso de meningite crónica
PO180 Adenopatia supraclavicular esquerda de regressão espontânea e etiologia inesperada
PO181 A doença que veio na bagagem
PO183 A hemólise que transformou um diagnóstico em urgência
PO186 Enfarte renal maciço – um diagnóstico raro a considerar
PO190 Síndrome de Wallenberg – um caso de AVC da circulação posterior
PO195 Integração Multidisciplinar e Imagiologia Avançada no Manejo de Metástase Pulmonar em Jovem Adulto
PO198 POR TRÁS DA LOMBALGIA
PO201 Síndrome da Veia Cava Superior: Para Além do Edema Facial
PO204 Citocolestase e hipertensão arterial no jovem: a importância da revisão farmacológica
PO214 De Nefroprotetor a Nefrotóxico: Um Caso de Semaglutide Sem Titulação
PO216 NEM TODA A LOMBALGIA É BENIGNA: UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO DE IMUNOGLOBULINA A
PO217 LESÕES CEREBRAIS MÚLTIPLAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
PO219 Macroadenoma da hipófise como causa de hiponatremia
PO220 Febre reumática no adulto como desafio diagnóstico: um caso clínico
PO227 Quando a ascite não é apenas cardíaca: o diagnóstico tardio de neoplasia gástrica
PO229 Pancitopenia no doente cirrótico: e agora?
PO230 Colite Pseudomembranosa: quando a pesquisa de Clostridioides difficile é negativa
PO232 Quando o menos óbvio se impõe: vasculite associada a ANCA-MPO
PO233 Dor lombar refratária: quando uma causa rara se esconde atrás de um sintoma comum
PO237 Amoxiclav ou Azitromicina? Qual o causador de pustulose generalizada exantemática aguda?
PO239 Síndrome confusional aguda como apresentação de vasculite reumatóide do sistema nervoso central
PO241 Granulomatose eosinofílica com poliangeíte, sem vasculite e auto-anticorpos: um desafio diagnóstico
PO243 Meningite bacteriana por Streptococcus Salivarius - um caso médico-cirúrgico
PO247 Da mordedura de cão à bacteriemia: um caso incomum de pneumonia por Capnocytophaga canimorsus
PO248 Pericardite recorrente: entre o controlo da doença e a iatrogenia
PO250 Uma complicação inesperada do Transplante fecal
PO252 AITs DE REPETIÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOPERFUSÃO CEREBRAL
PO253 ADENOPATIA CERVICAL PERSISTENTE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE HODGKIN
PO255 Pneumonia necrotizante por Haemophilus influenzae em mulher fumadora imunocompetente

IMAGEM EM MEDICINA

- PO003** Imagem atípica como diagnóstico inaugural de insuficiência cardíaca
- PO011** Aneurimas de um Marfan
- PO034** SÉPSIS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA METASTÁTICA DISSEMINADA
- PO038** CÁLCULOS CORALIFORMES BILATERAIS E SÍNDROME URÊMICA – UMA EMERGÊNCIA NEFROLÓGICA
- PO043** Exposição ao amianto
- PO066** Largada de balões: um evento raro de metastização lung-to-lung
- PO068** QUANDO TRATAR PRECIPITA A EMERGÊNCIA - SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUZIDA POR ALOPURINOL
- PO069** UMA APRESENTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM
- PO070** Abscesso pulmonar com extensão à parede torácica
- PO077** Coração de Pedra: uma imagem no serviço de urgência
- PO084** Oligodendroglioma - quando a imagem orienta o diagnóstico
- PO096** Arquitetura na adaptação - circulação colateral compensatória no Tromboembolismo Pulmonar Crônico
- PO097** Artéria de Percheron - one strike e dois tálamos em apuros
- PO099** Sinal do “grão de café”
- PO100** Fibrose pulmonar avançada: o limite diagnóstico imposto pela destruição pulmonar
- PO105** Fístula esofágica: fistulização de adenopatia necrótica para o esôfago
- PO106** Tromboembolismo pulmonar agudo: Quando a imagem mostra a gravidade.
- PO107** Do Choque Hemorrágico pós-cirúrgico a Schwannoma Sagrado: Um caso de diagnóstico inesperado
- PO109** Sinal de Trousseau: O Alarme Clínico da Hipocalcemia Grave
- PO110** Embolização digital periférica devido a infecção endovascular em portador de Kissing stent ilíaco
- PO111** Uma endoscopia vale mais que mil palavras: A intoxicação revelada
- PO120** Oftalmopatia de Graves com exoftalmia grave: a importância do diagnóstico e intervenção precoces
- PO130** Padrão Miliar: apresentação atípica de tuberculose
- PO136** Um Achado Duro de Interpretar
- PO140** Calcificações subpleurais: imagem paradigmática de Asbestose
- PO144** “Largada de Balões” – O Valor Diagnóstico da Radiografia Torácica
- PO145** ENFISEMA BOLHOSO GIGANTE: CORRELAÇÃO TOMOGRAFIA-RADIOGRAFIA
- PO150** Cifoescoliose Extrema: Uma Potencial Armadilha ao Exame Objetivo
- PO157** Paraganglioma carotídeo bilateral
- PO161** Pielonefrite Obstrutiva por Ureterocele: Apresentação Atípica no Idoso
- PO165** Bronquiectasias: expressão imagiológica na exacerbação infecciosa
- PO167** Aneurisma gigante da aorta ascendente: um achado raro e crítico
- PO171** Quando o abdômen esconde uma surpresa calcificada
- PO175** Extensão orbitária de polissinusite aguda: um alerta imagiológico
- PO177** A massa mediastínica como primeira pista
- PO182** Aneurisma da aorta abdominal: o capuccino que há em mim
- PO184** Diagnóstico Diferencial de Cacitação Pulmonar
- PO188** Vasculite Leucocitoclástica de Pequenos Vasos secundária ao Alopurinol
- PO189** A autoimunidade escondida nas bolhas
- PO191** O Cérebro como Primeiro Alerta: Investigação de uma Neoplasia Oculta
- PO193** Uma hérnia que salva: descompressão intratorácica num abdômen agudo
- PO196** NIHSS e prognóstico num caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC) de todo o hemisfério direito
- PO199** HEMATOMA SUBDURAL – QUANDO A CULPA NÃO É DO TRAUMA
- PO202** Quando a Pele denuncia uma Vasculite Leucocitoclástica
- PO206** Evolução Fulminante de Carcinoma da Mama Metastático: Caso Clínico Fatal
- PO209** O QUE ESCONDE UMA DEMÊNCIA?
- PO210** Tromboembolismo Pulmonar em Sela

- PO215** ENFISEMA SUBCUTÂNEO E OUTRAS COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS
- PO223** Tuberculose pulmonar ativa com disseminação broncogénica: um caso ilustrativo
- PO225** Metastização Cutânea de Carcinoma Epidermóide do Pulmão - Uma apresentação fatal
- PO226** Hematoma Abdominal Extenso Secundário a Tosse: Complicação Rara de Infecção Respiratória
- PO231** Hemangioma hepático gigante: quando a atitude conservadora é a mais prudente
- PO235** Expressão vascular da inflamação sistémica
- PO236** Embolia gasosa: uma etiologia inesperada
- PO240** Uma aliança oportunista: Aspergilose e Pneumocistose em doente sob corticoterapia.
- PO249** "CHIN-ON-CHEST": UMA HIPERCIFOSE EXTREMA DOCUMENTADA EM TC
- PO251** Houston, perdemos o diafragma!
- PO254** Um Pionés como Causa de Pneumonia Pós-Obstrutiva

CASOS CLÍNÍCOS

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO



CASOS CLÍNICOS

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO

PO 005

ENDOCARDITE POR STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS

Ana Catarina Fernandes Alves; Tiago Branco; Ana Monteiro; Mariana Lobo; Tiago Valente; Nuno Melo; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

A endocardite por *Staphylococcus haemolyticus* é incomum, representando uma pequena percentagem de todos os casos de endocardite infecciosa. É tipicamente subaguda e associa-se frequentemente a complicações locais.

Homem de 71 anos, com história de hipertensão arterial, doença renal crónica por nefroangiosclerose hipertensiva (creatinina basal de 3.55mg/dL) e esquizofrenia. Encaminhado ao serviço de urgência (SU) após realização de ecocardiograma no exterior que mostrou vegetação de 9x10cm adjacente ao folheto posterior da válvula mitral, com prolapso sistólico do mesmo folheto, condicionando insuficiência mitral de grau severo. Referia episódio de febre dois dias antes. Negava dor torácica, dispneia ou edema dos membros inferiores. Analiticamente com elevação de marcadores inflamatórios (PCR 147.4mg/L) e função renal dentro do basal (creatinina 3.55mg/dL). Revendo exames prévios, num internamento 5 meses antes deste episódio isolamento de *Staphylococcus haemolyticus* em hemoculturas não havendo registo de novas hemoculturas de reavaliação nem de tratamento dirigido. Iniciou antibioterapia empírica com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina. Admitido em enfermaria para continuação de cuidados. O ecocardiograma transesofágico confirmou presença de vegetação de 12mm na válvula mitral, a condicionar insuficiência mitral grave tendo excluído presença de abscessos ou fistulização valvulares. Hemoculturas deste internamento positivas para *Staphylococcus haemolyticus* resistente à metilicina mas sensível a vancomicina e daptomicina. Dada a disfunção renal alterada antibioterapia para daptomicina. Avaliado por cirurgia cardíaca que dadas comorbilidades e estado funcional considerou não ser candidato a tratamento cirúrgico. Dada estabilidade clínica teve alta ao 21º de internamento para a Unidade de Hospitalização domiciliária onde cumpriu o restante tratamento. Este caso mostra como apesar de por vezes haver indicação formal para uma determinada intervenção e sempre necessário ter em conta os riscos e benefícios da mesma intervenção para o doente.



DO SINTOMA COMUM AO DIAGNÓSTICO RARO: ESPONDILODISCITE POR CAMPYLOBACTER FETUS

Rita Moreira; Júlio Daniel Pacheco; Mariana Santos Freitas; Gabriel Heine Seabra;
Zélia Lopes; Diana Pereira Anjos; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

Campylobacter spp. são agentes comuns de infeções gastrointestinais por consumo de alimentos contaminados. A espécie Campylobacter fetus é um patógeno raro em humanos e a espondilodiscite por este agente é ainda menos frequente. Atinge doentes com comorbilidades, imunodeprimidos ou com instrumentalização vertebral prévia, e tem uma evolução indolente e pauci-sintomática.

Mulher, 76 anos, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo ou medicação habitual, recorre ao serviço de urgência por lombalgia desde há 1 mês, sem resposta a analgesia com paracetamol, anti-inflamatório e opióide. Sem história de trauma, sintomas B, ou clínica gastrointestinal prévia. HIV negativo. Residente em ambiente urbano, sem contacto com animais. Ao exame objetivo, com dor à palpação das primeiras apófises espinhosas lombares, sem outros achados como défices neurológicos dos membros inferiores. Do estudo realizado: elevação dos marcadores inflamatórios sistémicos; tomografia computadorizada (TC) lombar a descrever erosão das plataformas vertebrais de L1-L2, com esclarecimento posterior por ressonância magnética - sinais de destruição em L1-L2 com espessamento dos tecidos moles envolventes a traduzir espondilodiscite. Ecocardiograma transtorácico a revelar ausência de vegetações valvulares. Cultural de biópsia vertebral a isolar Campylobacter fetus. Hemoculturas estéreis. Cumpriu 11 dias de antibioterapia com cefalozina 2 gramas de 8/8, com alteração para doxiciclina pela excelente evolução clínica a permitir ambulatorização da doente, tendo cumprido 8 semanas de tratamento.

Este caso destaca uma etiologia rara de espondilodiscite por Campylobacter fetus, salientando a importância da investigação etiológica e o papel da antibioterapia dirigida na evolução favorável.



CAROTIDINIA: QUANDO A DOR CERVICAL É VASCULAR

Rita Pinto Moreira; Mariana Santos Freitas; Júlio Daniel Pacheco; Zélia Lopes;
Diana Pereira Anjos; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

A carotidinia é uma inflamação vascular idiopática que afeta, normalmente, a bifurcação da artéria carótida, causando dor cervico-facial unilateral que agrava com movimentos cefálicos, mastigação ou deglutição. Embora auto-limitada, os anti-inflamatórios ou corticoides podem acelerar a sua resolução.

Mulher de 40 anos, observada no serviço de urgência por hipofonia, odinofagia e dor cervical anterior esquerda. Exame objetivo a revelar dor à palpação inframandibular posterior esquerda, sem outros achados de relevo. Imagem cervical a relatar espessamento da artéria carótida interna esquerda, sem calcificações, sugestiva de carotidinia. Medicada com anti-inflamatório não esteróide em ambulatório, com resolução gradual da clínica.

O quadro clínico e imagiológico permitem um correto diagnóstico excluindo outras entidades de maior gravidade.

PO 012

ENTRE O CONTROLO TUMORAL E O RISCO HEMORRÁGICO: HEMOTÓRAX MACIÇO ASSOCIADO A PAZOPANIB

Rita Pinto Moreira; Júlio Daniel Pacheco; Mariana Santos Freitas; Filipe da Cunha Pinto; Susana Teixeira; Zélia Lopes; Diana Pereira Anjos; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

O sarcoma sinovial é uma neoplasia rara com elevada disseminação metastática pulmonar. Na doença avançada, podem ser utilizados inibidores de tirosina-cinase como o pazopanib. Apesar de bem tolerado, pode associar-se a complicações hemorrágicas. Descreve-se o caso de um homem de 24 anos com sarcoma sinovial do pé esquerdo com metastização pulmonar bilateral, sob pazopanib. Recorre ao serviço de urgência por dispneia e dor dorsal esquerda súbita. Sem trauma. Apresentava palidez cutânea e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Hemodinamicamente bem. Com insuficiência respiratória tipo 1, queda de 2g de hemoglobina e imagem torácica com volumoso derrame pleural esquerdo, de densidade compatível com hemorragia, e desvio do mediastino. Foram drenados 2300mL de líquido pleural hemático com critérios de exsudado. Perante o contexto clínico e terapêutico, assumido hemotórax secundário ao pazopanib, tendo o fármaco sido suspenso e, após reunião multidisciplinar, alterado para ifosfamida. Seis meses após episódio de SU, sem recidiva do hemotórax. Este caso evidencia a importância de conhecer os efeitos adversos das terapêuticas instituídas de forma a antecipar, prevenir e identificar precocemente as complicações associadas ao seu uso, contribuindo para uma utilização segura dos fármacos e a melhor qualidade dos cuidados.

CITÓLISE HEPÁTICA DE ETIOLOGIA INCERTA: O PAPEL DA BIÓPSIA NO DIAGNÓSTICO FINAL

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Sofia Teixeira; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A hepatite autoimune (HAI) é uma doença inflamatória hepática crónica de etiologia imune, caracterizada por citólise hepática, presença de autoanticorpos e hipergamaglobulinemia. O diagnóstico pode ser desafiante, sobretudo quando coexistem potenciais fatores precipitantes de lesão hepática, como fármacos, tornando essencial a exclusão de drug-induced liver injury (DILI). A biópsia hepática assume, nestes casos, um papel determinante no esclarecimento etiológico.

Caso Clínico

Mulher de 36 anos, com défice absoluto de IgA, admitida por citocolestase. Negava consumo significativo de álcool, mas referia toma recente de fármacos de fosfomicina e suplementos alimentares que obtida no ginásio. Analiticamente apresentava hipoalbuminemia e coagulopatia ligeira. O estudo etiológico revelou serologias negativas para vírus hepatotróficos. O estudo imunológico demonstrou positividade para autoanticorpo anti músculo liso e hipergamaglobulinemia. Dada a possibilidade de DILI, realizou-se biópsia hepática, que evidenciou alterações histológicas compatíveis com hepatite autoimune, nomeadamente inflamação portal com infiltrado linfoplasmocitário e hepatite de interface. Perante os achados clínicos, laboratoriais e histológicos, estabeleceu-se o diagnóstico de HAI. Foi iniciada terapêutica imunossupressora, com evolução clínica e analítica favorável.

Discussão

Este caso ilustra o desafio diagnóstico entre hepatite autoimune e DILI, particularmente na presença de exposição medicamentosa recente. Apesar de dados laboratoriais sugestivos, a confirmação diagnóstica pode exigir avaliação histológica. A biópsia hepática permanece uma ferramenta fundamental para distinguir estas entidades, permitindo orientar a estratégia terapêutica. A hepatite autoimune deve ser considerada no diagnóstico diferencial de citólise hepática persistente. Em cenários de possível DILI, a biópsia hepática pode ser decisiva para o diagnóstico e adequada abordagem terapêutica.

PO 015

BACTERIEMIA POR MSSA EM PÉ DIABÉTICO COM OSTEOMIELOTE: DESAFIO TERAPÊUTICO NO IDOSO FRÁGIL

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

As infeções associadas ao pé diabético representam uma causa frequente de internamento hospitalar em doentes idosos e podem evoluir para complicações graves, incluindo osteomielite e bacteriemia. A abordagem terapêutica nestes doentes é frequentemente complexa, particularmente em contexto de fragilidade, múltiplas comorbilidades e prognóstico reservado.

Caso Clínico

Mulher de 85 anos internada por pneumonia bilateral e lesão renal aguda KDIGO 2 (creatinina 2,84 mg/dL, basal 1,6 mg/dL). A avaliação imagiológica revelou uretero-hidronefrose bilateral sem evidência de litíase obstrutiva, interpretada como provável contexto inflamatório/infeccioso. As hemoculturas e urocultura identificaram *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA). Na investigação do foco infeccioso identificou-se lesão no pé esquerdo compatível com pé diabético complicado. A ressonância magnética do pé demonstrou alterações sugestivas de osteomielite do hálux esquerdo, com edema medular das falanges e envolvimento dos tecidos moles adjacentes. Admitiu-se infeção por continuidade como provável ponto de partida da bacteriemia. Foi iniciada antibioterapia dirigida com evolução clínica e analítica inicialmente favorável, com redução dos parâmetros inflamatórios e melhoria da função renal. No entanto, durante o internamento verificou-se agravamento do estado geral, com prostração marcada, perda da via oral e episódios autolimitados de mioclonias. O ecocardiograma transtorácico não evidenciou sinais de endocardite. Perante a evolução clínica desfavorável, idade avançada, fragilidade e múltiplas comorbilidades, o caso foi discutido multidisciplinarmente, tendo sido considerada a limitação de medidas invasivas e privilegiada uma abordagem centrada no conforto, com suspensão da antibioterapia e acompanhamento paliativo.

Discussão

A bacteriemia por *Staphylococcus aureus* associada a infeções do pé diabético apresenta elevada morbilidade e mortalidade, particularmente em doentes idosos e frágeis. A decisão terapêutica deve considerar não apenas o controlo do foco infeccioso, mas também o estado funcional, prognóstico e objetivos de cuidados. Este caso destaca a complexidade da gestão de infeções graves no idoso frágil, sublinhando a importância da individualização terapêutica e da integração precoce de princípios de cuidados paliativos na prática da Medicina Interna.

PO 016

DOR ÓSSEA E LESÕES LÍTICAS: DIAGNÓSTICO DE MIELOMA MÚLTIPLO DE CADEIAS LEVES

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos e produção de imunoglobulinas monoclonais ou cadeias leves. A apresentação clínica pode incluir dor óssea, anemia, hipercalcemia e lesões líticas, sendo frequentemente a Medicina Interna o primeiro ponto de contacto para investigação diagnóstica.

Caso Clínico

Mulher de 73 anos admitida para estudo de queixas álgicas nos membros superiores com cerca de seis meses de evolução, associadas a síndrome constitucional com perda ponderal de aproximadamente 7 kg. O estudo radiológico inicial revelou múltiplas lesões líticas nos membros superiores e calote craniana, destacando-se lesão potencialmente instável na diáfise do úmero esquerdo, tendo sido submetida a encavilhamento do úmero esquerdo para estabilização da fratura, com fixação por três parafusos. Foi colhido material cirúrgico para estudo anatomopatológico. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica demonstrou alterações da trabeculação óssea e múltiplas lesões líticas, nomeadamente no osso ilíaco esquerdo e acetábulo. A PET evidenciou focos de hipermetabolismo ósseo no acetábulo esquerdo e no 6.º arco costal direito. Analiticamente destacava-se anemia, ligeira hipercalcemia e hipogamaglobulinemia. O estudo de cadeias leves revelou elevação marcada das cadeias kappa, com razão kappa/lambda significativamente aumentada. A urina evidenciou cadeias leves kappa elevadas. O exame histológico do material obtido foi sugestivo de mieloma múltiplo com população plasmocitária anómala. Durante o estudo imagiológico identificou-se dilatação focal do ducto pancreático principal, posteriormente caracterizada por colangio-RM como ectasia do ducto de Wirsung e múltiplos quistos pancreáticos compatíveis com IPMN de ramo lateral, sem evidência de lesão maligna. Durante o internamento apresentou episódios febris isolados, sem identificação de foco infeccioso, interpretados no contexto da doença hematológica. Após discussão com Hematologia, a doente foi referenciada para seguimento especializado e integrada no ensaio clínico MajesTEC-7, iniciando terapêutica com talquetamab, daratumumab e lenalidomida.

Discussão

O mieloma múltiplo pode manifestar-se inicialmente por dor óssea e fraturas patológicas, sendo fundamental a investigação imagiológica e laboratorial para diagnóstico precoce. A identificação de cadeias leves livres elevadas é particularmente relevante nos casos de mieloma de cadeias leves. Este caso destaca a importância da abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento do mieloma múltiplo, bem como o papel da Medicina Interna na identificação inicial de manifestações osteolíticas e sistémicas da doença.

PO 017

COLITE POR CAMPYLOBACTER COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO POR VIH-1

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A infeção por *Campylobacter* constitui uma causa frequente de gastroenterite bacteriana, habitualmente autolimitada. Em indivíduos imunocomprometidos pode apresentar evolução prolongada ou manifestações sistémicas. A investigação etiológica destes quadros pode permitir identificar patologias subjacentes, incluindo infeção por VIH.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e síndrome depressiva, admitida por episódio de hipoglicemia grave (glicemia 30 mg/dL), revertido após administração de glucagon e glicose hipertónica. Referia quadro de diarreia com cerca de 10 dias de evolução, associado inicialmente a dor abdominal, náuseas e vômitos. À admissão apresentava sinais de desidratação. Analiticamente destacava-se anemia microcítica, leucocitose com neutrofilia, rabdomiólise ligeira e lesão renal aguda grave (creatinina 4,23 mg/dL; basal 0,5 mg/dL), com acidose metabólica associada. A tomografia computadorizada abdominal revelou espessamento da parede do cólon sigmoide e retossigmoide. A colonoscopia evidenciou mucosa congestiva e eritematosa com pontilhado esbranquiçado, sugestiva de colite infecciosa. O estudo microbiológico das fezes identificou *Campylobacter* por PCR, tendo sido iniciada antibioterapia dirigida com evolução clínica favorável e recuperação progressiva da função renal. Durante o estudo etiológico foi identificado diagnóstico de novo de infeção por VIH-1. Observou-se ainda proteinúria não nefrótica e elevação de IgA, levantando a hipótese de nefropatia IgA associada ao episódio infeccioso. O episódio de hipoglicemia foi interpretado como secundário à terapêutica com sulfonilureia no contexto de ingestão alimentar reduzida e lesão renal aguda.

Discussão

Este caso ilustra como uma infeção gastrointestinal aparentemente comum pode constituir a primeira manifestação de imunossupressão subjacente. Salienta-se a importância de manter elevada suspeição clínica e realizar investigação etiológica abrangente em quadros infecciosos gastrointestinais com manifestações sistémicas.

QUANDO A FEBRÍCULA PERSISTE: O CONTRIBUTO DA PET NO DIAGNÓSTICO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A polimialgia reumática (PMR) é uma doença inflamatória sistémica que afeta predominantemente indivíduos com idade superior a 50 anos, caracterizada por dor e rigidez nas cinturas escapular e pélvica e elevação dos marcadores inflamatórios. O diagnóstico pode ser desafiante, sobretudo em apresentações atípicas com febrícula prolongada ou sintomas constitucionais. A PET/CT com FDG tem emergido como ferramenta útil na identificação de atividade inflamatória característica e na exclusão de diagnósticos alternativos.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos, observada por quadro arrastado de febrícula, astenia e impotência funcional nas cinturas escapular e pélvica, associado a elevação persistente da velocidade de sedimentação (VS ~71 mm/h). Apesar de múltiplos ciclos de antibioterapia, manteve sintomas sem identificação de foco infeccioso. Perante a persistência do quadro clínico e laboratorial, foi realizada PET/CT com [18F]FDG. O estudo demonstrou captação aumentada do radiofármaco em múltiplas estruturas articulares e ligamentares, nomeadamente nas articulações atlanto-occipital, acromioclaviculares, gleno-umerais, esterno-claviculares e coxo-femorais, bem como nas inserções ligamentares dos grandes trocânteres e ligamentos interespinhosos cervicais e lombares, padrão sugestivo de atividade inflamatória compatível com polimialgia reumática. Foram ainda identificadas fratura recente do ramo isquio-púbico esquerdo e colapso vertebral de L1. Não se observaram alterações sugestivas de vasculite de grandes vasos ou de doença neoplásica. Face à integração clínica, laboratorial e imagiológica, foi estabelecido o diagnóstico de polimialgia reumática, tendo sido iniciada corticoterapia com evolução clínica favorável.

Discussão

Este caso destaca o papel da PET/CT no esclarecimento de síndromes inflamatórias sistémicas de etiologia indeterminada, permitindo apoiar o diagnóstico de polimialgia reumática e excluir patologia neoplásica ou infecciosa e orientar precocemente a abordagem terapêutica. A sua utilização pode ser particularmente útil em apresentações clínicas atípicas ou em contexto de febre de origem indeterminada.



PO 020

NEM TODA A CARCINOMATOSE É CANCRO: TUBERCULOSE GENITOURINÁRIA NUMA JOVEM COM POLISSEROSITE

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume
CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A tuberculose extrapulmonar pode apresentar manifestações clínicas inespecíficas e mimetizar patologias inflamatórias ou neoplásicas. O envolvimento peritoneal e genitourinário constitui uma forma rara de apresentação, frequentemente associada a atraso diagnóstico.

Caso clínico

Mulher de 31 anos, natural de Marrocos, residente em Portugal desde 2024, internada para estudo de quadro arrastado de astenia, febrícula e disúria com cerca de seis meses de evolução. O estudo imagiológico revelou polisserosite com ascite volumosa, derrame pleural bilateral e espessamento difuso do peritoneu, associado a alterações tubárias sugestivas de processo inflamatório pélvico. As principais hipóteses diagnósticas incluíam doença inflamatória pélvica, tuberculose genitourinária ou carcinomatose peritoneal. A ressonância magnética pélvica confirmou ascite exsudativa com espessamento peritoneal e densificação do grande omento, não sendo possível excluir etiologia neoplásica. Foi realizada paracentese diagnóstica e biópsia peritoneal. O líquido ascítico apresentou características de exsudado com ADA ligeiramente elevada, sem isolamento microbiológico inicial. Apesar de pesquisas diretas seriadas negativas para micobactérias, a urocultura revelou crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* multissensível, estabelecendo o diagnóstico de tuberculose genitourinária com provável envolvimento peritoneal. Foi iniciada terapêutica antibacilar dirigida, com evolução clínica favorável.

Conclusão

Este caso ilustra a tuberculose extrapulmonar como diagnóstico diferencial importante de polisserosite e ascite com suspeita inicial de carcinomatose. A integração de dados epidemiológicos, imagiológicos e microbiológicos é fundamental para diagnóstico precoce. A tuberculose extrapulmonar pode mimetizar carcinomatose peritoneal, atrasando o diagnóstico.



PO 021

DISFAGIA COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida; Marta Valentim; Maria João Lume

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A disfagia é habitualmente atribuída a patologia do trato digestivo superior. No entanto, causas extrínsecas, nomeadamente compressão esofágica por patologia mediastínica, devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, particularmente em doentes com sintomas constitucionais.

Caso clínico

Mulher de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, DPOC e tireoidectomia prévia por tumor folicular oncocítico, recorreu ao serviço de urgência por disfagia progressiva para sólidos com vários meses de evolução, agravada nas semanas anteriores, associada a odinofagia, astenia e perda ponderal superior a 12 kg no último ano. Ao exame objetivo apresentava emagrecimento marcado e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Analiticamente destacava-se síndrome inflamatória significativa. A radiografia torácica revelou opacificação completa do hemitórax esquerdo com desvio mediastínico homolateral. A tomografia computadorizada torácica demonstrou volumosa massa mediastino-hilar esquerda heterogênea, com cerca de 10 cm, condicionando oclusão do brônquio principal esquerdo e atelectasia completa do pulmão esquerdo. Observou-se ainda invasão de estruturas adjacentes, incluindo artéria pulmonar esquerda, pericárdio, aurícula esquerda e parede esofágica. Foi realizada fibrobroncoscopia, que identificou lesão endobrônquica obstrutiva do brônquio principal esquerdo, tendo sido efetuadas biópsias para estudo histológico.

Conclusão

Este caso evidencia uma apresentação atípica de provável neoplasia pulmonar manifestada por disfagia, resultante de invasão mediastínica com compressão esofágica. Salienta-se a importância de considerar etiologias torácicas no diagnóstico diferencial de disfagia.

PO 022

DOENÇA RARA NEM SEMPRE REQUER INTERNAMENTO – DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE WHIPPLE EM AMBULATÓRIO

José Nuno Vilhena Braz; Cláudia Alexandra Ribeiro; Rodrigo Morgado; Beatriz Domingos; Maria Luísa Alvarenga; Henrique Domingos; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A Doença de Whipple é uma doença crónica e sistémica causada pela bactéria *Tropheryma whippelii*. Embora a bactéria esteja disseminada no meio ambiente, esta entidade clínica é rara. Afecta maioritariamente o trato gastrointestinal, com um espectro clínico a variar desde primoinfecção assintomática e seroconversão até um síndrome caracterizado por diarreia crónica, má absorção, perda de peso e envolvimento nervoso central e cardíaco. ⁽¹⁾

Caso Clínico

Doente de 66 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de HTA e adenocarcinoma do cólon, submetido a hemicolectomia esquerda, com múltiplos episódios de urgência por quadro de diarreia, astenia e perda de peso (cerca de 10 kg) em 2 meses. Laboratorialmente, destaca-se anemia 11.5 g/dL, normocítica e hipocrómica e ferropenia (ferro sérico 6.0 ug/dL). Realizou uma TC-AP em contexto de urgência, que revelou múltiplas adenopatias abdominopélvicas no território do tronco celíaco e do hilo hepático. Foi avaliado após 11 dias em consulta de diagnóstico rápido, em contexto de Unidade de Medicina de Ambulatório, onde realizou colonoscopia total, com evidência de duodenite crónica e biópsia a confirmar o diagnóstico de Doença de Whipple. Iniciou antibioterapia 17 dias após a referenciação a consulta de diagnóstico rápido, com sulfametoxazol+trimetropim 800+ 160 12/12h. Após o início do tratamento, o doente não apresentou mais nenhum episódio de urgência por diarreia, o que traduz uma resposta clínica bastante favorável.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação de Doença de Whipple, um importante diagnóstico diferencial de diarreia crónica com má absorção. Os antecedentes oncológicos do doente e a presença de adenopatias abdominopélvicas poderiam tornar o diagnóstico desafiante, mas a abordagem sistematizada em consulta de medicina de ambulatório permitiram um diagnóstico correto e início de tratamento atempado, levando a que o diagnóstico e início de tratamento de uma doença rara fosse possível em ambulatório, ao invés de levar a um internamento prolongado.

1. - Boumaza, A., Ben Azzouz, E., Arrindell, J., Lepidi, H., Mezouar, S., & Desnues, B. (2022). Whipple's disease and *Tropheryma whippelii* infections: from bench to bedside. *The Lancet. Infectious diseases*, 22(10), e280–e291.

PO 023

ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE - A CHAVE PODE ESTAR LONGE DA BOCA

José Nuno Vilhena Braz; Cláudia Alexandra Ribeiro; Rodrigo Morgado; Beatriz Domingos; Maria Luísa Alvarenga; Henrique Domingos; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A Doença de Behçet é uma doença autoimune caracterizada por aftas orais recorrentes associada a várias manifestações sistémicas, como aftas genitais, doença ocular, lesões cutâneas, envolvimento vascular, gastrointestinal ou neurológico. Esta entidade clínica tem uma maior prevalência no Mediterrâneo Oriental e Médio Oriente, sendo mais frequente em jovens adultos. (1)

Caso Clínico

Jovem de 25 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo. Apresentava consumo moderado de álcool e esporádico de canábis. Sem história de contactos sexuais de risco. Recorre ao serviço de urgência por quadro de aftas orais dispersas, odinofagia e epistaxis intermitentes com cerca de 2 meses de evolução. Teve alta com colutório com clorhexidina e seguimento em consulta de Medicina Interna. Na consulta mantém queixas de estomatite aftosa e foram objetivadas lesões acneiformes dispersas em ambas as axilas e no dorso, bem como duas lesões aftosas genitais. Laboratorialmente, destaca-se serologias HIV, HBV e HCV negativas, RPR negativo, autoanticorpos antinucleares (ANA) negativos e HLA-B51 negativo. Iniciou terapêutica imunossupressora com colchicina e prednisolona, com boa resposta clínica, tendo sido também encaminhado para consulta externa de Reumatologia para continuação de cuidados.

Discussão

A doença de Behçet é um importante diagnóstico diferencial de estomatite aftosa recorrente, particularmente em jovens adultos com sintomas refratários à terapêutica tópica de lesões aftosas, como descrito no caso clínico. O exame físico completo e cuidado permitiu o diagnóstico e início de tratamento imunossupressor, com controlo de sintomas e prevenção de envolvimento sistémico mais extenso.

1. - Hatemi, G., Uçar, D., Uygunoglu, U., Yazici, H., & Yazici, Y. (2023). Behçet Syndrome. Rheumatic diseases clinics of North America, 49(3), 585–602.

SERÁ QUE SE TRATA DE UMA SÍNDROME DE BING-NEEL?

Inês Araújo Barbosa; Rita Amorim; Isabel Gonçalves Moreira; Marta Brito Alves;
Beatriz Barata; José Manuel Pestana; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

O Síndrome de Bing-Neel (SBN) é uma manifestação rara da Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) e resulta da invasão do Sistema Nervoso Central (SNC) por células linfoplasmocíticas malignas. Pode ocorrer em qualquer momento da doença, independentemente de haver ou não evidência de doença sistémica. É um desafio diagnóstico pela apresentação clínica e raridade.

Caso Clínico

Homem de 79 anos com antecedentes de doença cerebrovascular, polineuropatia axonal sensitiva e MW, diagnosticado um ano antes no contexto de alteração do estado de consciência, atualmente em fase de remissão. Conduzido ao serviço de urgência por alteração transitória do estado de consciência. Evoluiu com quadro de disartria de novo e agitação psicomotora, revertido às 24 horas. Do estudo realizado, sem aumento dos parâmetros inflamatórios ou das enzimas musculares; TC cerebral sem alterações de relevo; RMN cerebral sem lesão isquémica ou hemorrágica recente, mas com espessamento e realce paquimeníngeo linear difuso, que na ausência de punção lombar prévia sugere processo inflamatório/infeccioso paquimeníngeo; RMN da coluna cervical, dorsal e lombar sem alterações de relevo. Realizada punção lombar com saída de liquor tipo “água de rocha”, cujo estudo revelou ausência de pleocitose, proteínas totais 0.57 g/L (<0.45), ADA e ECA negativa, exames bacteriológico, micobacteriológico e micológico negativos e pesquisa de mutação MYD88 L265P negativa. Em discussão com hematologia, dado o doente estar assintomático, foi decidido repetir o estudo dentro de dois meses para eventual progressão etiológica.

Discussão

O diagnóstico do SBN é desafiante sendo, contudo, a sua exclusão ainda mais difícil. Quando há um elevado grau de suspeição clínica, deverá ponderar-se uma biópsia tecidual. Em doentes com antecedentes conhecidos de MW com alteração do estado neurológico inexplicada, deve excluir-se esta hipótese diagnóstica dada o prognóstico reservado na ausência de terapêutica dirigida.



PO 025

TROMBOSE BASILAR NO ADULTO JOVEM: DO INESPECÍFICO À INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR

Luísa da Costa Mendonça; Marcelo Aveiro; Tiago Freitas; Hugo Dória; Patrício Freitas; José Franco; Bela Machado; Teresa Faria; Leonor Nascimento

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

CASO CLÍNICO

Introdução

A trombose da artéria basilar é uma causa rara mas devastadora de AVC isquêmico, associada a elevada morbidade e mortalidade. A apresentação inicial inespecífica pode dificultar o diagnóstico precoce. O reconhecimento atempado e a intervenção endovascular são determinantes no prognóstico.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, de 45 anos, que recorre ao serviço de urgência por cefaleia, tonturas e queda preferencial para a esquerda, associadas a mal-estar geral desde a manhã do próprio dia. Sem alterações de relevo ao exame objetivo e exame neurológico sumário (ENS). Realizou estudo analítico, eletrocardiograma e tomografia (TC) crânio-encefálica sem alterações agudas. Durante a permanência no serviço de urgência (6h) ocorreu agravamento clínico com náuseas, vômitos e três crises tónico-clónicas generalizadas refratárias à terapêutica que motivou entubação orotraqueal e com evidência de hemiparesia esquerda. Realizou angio-TC cerebral que revelou trombo na artéria basilar e hipodensidade no hemisfério cerebeloso esquerdo, compatível com enfarte no território da PICA esquerda. Realizou trombectomia mecânica urgente, sem intercorrências. Realizou Holter 24h e ecocardiograma transtorácico sem alterações relevantes. Teve evolução favorável, tendo tido alta com aspirina, levetiracetam, terapêutica antidislipidémica e medidas de estilo de vida. A RM cerebral pós-alta evidenciou lesões isquémicas recentes com pontuação 6 na escala pc-ASPECTS. Foi reavaliado duas semanas depois, estava assintomático e sem alterações ao ENS.

Discussão

Este caso ilustra a apresentação inicialmente inespecífica da trombose basilar e a rápida deterioração neurológica subsequente. A repetição de imagem vascular perante agravamento clínico foi crucial para o diagnóstico. A trombectomia precoce permitiu reversão do défice e excelente recuperação funcional, reforçando a importância da vigilância clínica e atuação célere no AVC da circulação posterior.

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS: QUANDO A TERAPÊUTICA CONFUNDE O DIAGNÓSTICO

Catarina Reis; Margarida Vieira; Rita Pratas; Ana Filipa Lopes; Ana Pastor; Edite Pereira; Jorge Oliveira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

As miopatias inflamatórias são um grupo heterogêneo de doenças em que existe uma lesão muscular imunomediada. O diagnóstico torna-se particularmente desafiante quando coexistem exposições terapêuticas potencialmente confundidoras, como corticoterapia e estatinas, suscetíveis de modular a expressão clínica, histológica e o diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Mulher de 79 anos, com dislipidemia medicada com atorvastatina 10 mg desde 2022 e pênfigo vulgar com exposição a corticoterapia prolongada desde 2017. Em 01/2026 por agravamento cutâneo das lesões de pênfigo no último mês iniciou prednisolona 30 mg/dia em esquema de desmame. Recorreu ao serviço de urgência por astenia marcada, mialgias generalizadas e declínio funcional, sem trauma, esforço intenso ou infeção recente documentada. Apresentava fraqueza muscular proximale exantema compatível com sinal do xaile e sinal do coldre. Analiticamente com CK máxima de 7522 U/L, mioglobina 3745 ng/mL, aldolase 42 U/L e citólise hepática, sem lesão renal aguda e sem elevação de parâmetros inflamatórios. O estudo imunológico revelou ANA 1:160, dsDNA negativo, complemento normal e painel de miopatias inflamatórias negativo. Anticorpo anti-HMGCR permanece em curso. O estudo de neoplasia foi negativo. A RM das coxas e o EMG mostraram alterações compatíveis com miopatia inflamatória. Perante a forte suspeita clínica de dermatomiosite, foi iniciada prednisolona 1 mg/kg. Conhecimento de biópsia muscular posterior sendo compatível com miopatia inflamatória sem classificação definitiva, mantendo-se as hipóteses de dermatomiosite atípica, miopatia necrotizante imuno-mediada e etiologia tóxica por estatina. Verificou-se melhoria clínica e laboratorial sustentada sob corticoterapia.

Discussão

Este caso ilustra um provável diagnóstico de dermatomiosite com forte suporte clínico, imagiológico e eletrofisiológico, mas sem correlação histológica típica. A exposição a corticoterapia poderá ter contribuído para atenuação das alterações inflamatórias musculares. Simultaneamente, a exposição crónica a estatina alarga o espectro diagnóstico, nomeadamente para miopatia necrotizante associada a anti-HMGCR. Salienta-se a relevância da integração clínico-patológica e terapêutica na abordagem de apresentações complexas.

PO 031

QUANDO A DISFAGIA REVELA LÚPUS, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LES

Maria Inês Candeias; José Morgado Pereira; Luís Vale; Catarina Salvado; Rafaela Magalhães; Íris Simões Galvão; Patrícia Damião

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

CASO CLÍNICO

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica com manifestações clínicas e laboratoriais heterogêneas. Embora o envolvimento gastrointestinal seja descrito, a afeção esofágica é rara, podendo manifestar-se por disfagia de causa funcional. O LES de início tardio apresenta frequentemente características atípicas, tornando o diagnóstico particularmente desafiante.

Caso clínico

Homem de 82 anos, com antecedentes de doença renal crónica estágio 4 (KDIGO), hiperplasia benigna da próstata e dislipidémia, internado por disfagia com uma semana de evolução, associada a febre e perda ponderal com três meses de evolução. Analiticamente apresentava leucopenia, trombocitopenia, anticorpos anti-dsDNA positivos e consumo de complemento. A tomografia computadorizada torácica revelou derrame pleural. De acordo com os critérios de classificação EULAR/ACR 2019, estabeleceu-se o diagnóstico de LES. Iniciou pulsos de corticoterapia e hidroxicloroquina, com melhoria clínica e laboratorial. A investigação etiológica da disfagia, incluindo ressonância magnética e endoscopia digestiva alta, excluiu causas obstrutivas ou estruturais. Verificou-se resolução da disfagia após corticoterapia, sugerindo dismotilidade esofágica secundária a LES.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação atípica de LES em idade avançada, destacando a importância de considerar doenças autoimunes como diagnóstico diferencial mesmo em doentes idosos. A aplicação dos critérios EULAR/ACR 2019 foi determinante para o diagnóstico. A disfagia no contexto de LES é incomum e geralmente associada a alterações de motilidade esofágica. Perante sintomas gastrointestinais sem causa estrutural identificável, deve ser considerada etiologia funcional autoimune. O reconhecimento precoce permitiu instituição terapêutica adequada e reversão sintomática.



PO 033

UM ENFARTE DIFÍCIL DE ENGOLIR: ODINOFAGIA COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Mariana Ruão; Daniela Diniz; Joana Frutuoso

CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DAS CALDAS DA RAINHA

CASO CLÍNICO

Introdução

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma emergência cardiovascular que se manifesta tipicamente com dor torácica. No entanto, apresentações atípicas são frequentes, sobretudo em mulheres e doentes com fatores de risco cardiovascular, e podem atuar como sintomas confundidores que atrasam o diagnóstico. Dor ou desconforto cervical ou esofágico pode reproduzir uma dor referida de origem cardíaca. A sua apresentação sob a forma de odinofagia é rara.

Caso clínico

Apresentamos uma mulher de 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e gastrite crónica, que recorreu à urgência por odinofagia intensa, de início súbito, que a acordou de noite. Associadamente com toracalgia ligeira, intermitente, com uma semana de evolução, com irradiação cervical e mandibular.

À admissão com tensão arterial 170/90 mmHg, frequência cardíaca 102 bpm, orofaringe sem sinais inflamatórios e restante exame objetivo sem alterações. O eletrocardiograma (ECG) revelou supradesnivelamento do segmento ST de V2 a V6 e o doseamento da Troponina I um valor de 28947, alterações compatíveis com enfarte agudo do miocárdio da parede anterior. A doente foi transferida para a cardiologia de intervenção e realizou revascularização da artéria ascendente anterior com evolução clínica favorável.

Discussão

O caso evidencia uma apresentação atípica de EAM, em que a odinofagia constituiu o sintoma predominante. A ausência de alterações orofaríngeas e a coexistência de dor torácica, ainda que pouco valorizada pela doente, foram determinantes para a realização do ECG e, consequentemente, para o diagnóstico precoce com possibilidade de terapêutica de reperfusão.

Com este caso reforçamos a importância de manter elevada atenção e alerta perante sintomas atípicos em doentes com risco cardiovascular, nomeadamente dor referida cervical ou esofágica, evitando atrasos terapêuticos numa patologia emergente e em que a evolução temporal é determinante no prognóstico.

PO 037

ARTRITE MICROCRISTALINA COMO CAUSA DE SÍNDROME DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA

Ana Lopes; Catarina Santos Reis; Inês Isabel Trancoso; Margarida Vinhas; Sofia Nunes Teixeira; Marta Soares Carreira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

CASO CLÍNICO

As artrites microcristalinas correspondem a doenças inflamatórias articulares resultantes da deposição de cristais nas articulações. As formas mais comuns são a gota e a doença por deposição de pirofosfato de cálcio. A apresentação clínica pode ser heterogênea, envolvendo múltiplas articulações e mimetizando outras causas de artrite inflamatória. Apresenta-se o caso de uma mulher de 71 anos, com antecedentes de poliartrose, diabetes mellitus tipo 2 com nefropatia diabética, hipertensão arterial e dislipidemia, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia hemcraniana com irradiação cervical e para o ombro ipsilateral, associada a agravamento progressivo de poliartralgias e deterioração funcional no último mês. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, mas febril (38,3 °C), sem défices neurológicos focais ou sinais inflamatórios articulares. Analiticamente destacava-se leucocitose ($16,23 \times 10^9/L$) com neutrofilia e marcada resposta inflamatória (PCR 330 mg/L), com procalcitonina 0.06ng/ml. A TAC crânio-encefálica e cervical não revelou alterações agudas, sendo descritos achados degenerativos da coluna e aspeto de “coluna em bambu”. Perante síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) sem foco infeccioso evidente, a doente foi internada para investigação etiológica. Durante o internamento manteve picos febris e SIRS persistente. Do estudo etiológico realizado: sem elevação de ácido úrico ou metabolismo fosfocálcio, hemoculturas negativas, ecocardiograma transtorácico sem vegetações e painel de autoimunidade (FR, antiCCP, ANAs e MPO/PR3) negativo. Por persistência de poliartralgias e elevação de parâmetros inflamatórios, realizou tomografia por emissão de positrões (PET), com captação metabólica significativa em múltiplas articulações e estruturas periarticulares. Perante estes achados, foi colocada a hipótese de artropatia microcristalina, tendo-se iniciado terapêutica com naproxeno, com melhoria significativa das queixas articulares e redução dos parâmetros inflamatórios. Este caso ilustra uma apresentação atípica de artropatia microcristalina, com SIRS exuberante e envolvimento poliarticular, mimetizando etiologia infecciosa. Destaca-se a importância da integração dos achados clínicos e imagiológicos na orientação diagnóstica.

HIPONATREMIA: DE MÃOS DADAS COM UMA SUPRARRENAL INSUFICIENTE

Bebiana Sousa¹; Maria Miguel Silva Santos¹; Ana Catarina Camarneiro¹; Inês B. Mesquita¹; Rita Reis Correia¹; Sara Joana Faria¹; Marta Almeida Ferreira²; Rosário Santos Silva¹

1. HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

2. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

CASO CLÍNICO

Introdução

A insuficiência suprarrenal secundária é uma condição rara, resultante de produção insuficiente de ACTH. A hiponatremia ocorre em cerca de 4–10% dos doentes, associada ao défice de cortisol e aumento da secreção de vasopressina. As manifestações clínicas incluem fadiga, náuseas, vômitos e perda de peso, podendo o diagnóstico ser desafiante por mimetizar a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIAD).

Caso-clínico

Homem de 82 anos com clínica de retenção urinária, hematúria e dor abdominal com um dia de evolução, apresentando também confusão mental, náuseas e vômitos. Antecedentes de prostatectomia na semana prévia, incontinência urinária, hipertensão arterial e hipotireoidismo subclínico (TSH 4,58 µUI/mL; T4 livre 1,39 µg/dL). Ao exame físico: hemodinamicamente estável, com alívio sintomático após algaliação e sem sinais de hipovolémia. Analiticamente com hiponatremia grave (Na⁺ 119 mEq/L), osmolaridade sérica de 246 mOsm/kg, osmolaridade urinária de 318 mOsm/kg e sódio urinário de 109,9 mEq/L. Sem terapêutica diurética habitual, excluída hipótese de SIAD. A ressonância magnética hipofisária evidenciou áreas de hipocaptção inespecíficas, compatíveis com artefactos ou possíveis microadenomas. O estudo hormonal revelou cortisol matinal baixo (6,1 µg/dL) e ACTH inapropriadamente normal (20,1 pg/mL), confirmando o diagnóstico de insuficiência suprarrenal secundária. Iniciou terapêutica com hidrocortisona, com melhoria clínica e analítica, tendo alta medicado com hidrocortisona oral 20mg/dia.

Discussão

A insuficiência suprarrenal secundária é rara e pode constituir um desafio diagnóstico, sobretudo quando se apresenta com hiponatremia que mimetiza SIAD. Se não reconhecida e tratada atempadamente, pode evoluir para crise suprarrenal, alteração do estado de consciência e aumento da mortalidade. Assim, o défice de cortisol deve ser considerado no diagnóstico diferencial de hiponatremia persistente ou refratária ao tratamento habitual.

UM OLHAR NOS PÉS: MIASTENIA GRAVIS

Bebiana Sousa¹; Ana Catarina Camarneiro¹; Maria Miguel Silva Santos¹; Inês Coutinho¹; Inês B. Mesquita¹; Ana Margarida Novo²; Rosário Santos Silva¹

1. HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CASO CLÍNICO

Introdução

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune da junção neuromuscular caracterizada por fraqueza muscular dos membros e dos movimentos oculares, favorecendo alterações da marcha e quedas. Com uma prevalência de 100-350 casos por um milhão, tem um curso variável em que 17-50% desenvolve doença generalizada nos primeiros 6 meses e 61-85% em 2 anos.

Caso clínico

Mulher, 51 anos. Quadro flutuante de disartria com timbre anasalado, diplopia binocular, disfagia para líquidos e sólidos e fraqueza distal dos quatro membros com 5 meses de evolução e agravamento recente. Referia dificuldade ao realizar movimentos repetitivos dos membros superiores, como estender roupa ou pentear-se e episódios de queda associados. Antecedentes pessoais de hipotireoidismo após tireoidectomia total e NSTEMI em 2022.

À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, com incapacidade de marcha em bicos de pés e calcanhares com 1 mês de evolução. Analiticamente, CPK 161 U/L e positividade para anticorpos anti-recetor de acetilcolina (AChR).

Foi internada para tratamento com inibidor das acetilcolinesterases e corticoterapia, com resolução dos sintomas. O doseamento de anticorpo anti-músculo estriado e anticorpo anti-titina revelou-se positivo, pelo que realizou Tomografia Computorizada torácica que confirmou a presença de timoma.

Discussão

O reconhecimento precoce de sintomas da MG e o início de tratamento imunossupressor precoces são cruciais para o controlo da doença a longo prazo, uma vez que sintomas agravados podem preceder uma crise miasténica (15-20% dos doentes) nos primeiros anos da doença.



PO 047

POEIRA E PÚS: A COMPLEXA RELAÇÃO ENTRE SILICOSE E NOCARDIOSE CEREBRAL

Inês Sousa Fernandes; Vitor Oliveira; Filipa Reis; Denilson Silveira; Marta Marques; Giovana Ennis; Nuno Monteiro; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

CASO CLÍNICO

Introdução

A nocardiose cerebral representa cerca de 2% dos abscessos cerebrais bacterianos e é a manifestação mais grave da infeção disseminada por *Nocardia* spp. (NS). Devido à sua raridade, é essencial um elevado índice de suspeita clínica para um diagnóstico precoce.

Caso Clínico

Homem de 58 anos, autónomo. Antecedentes de silicose pseudotumoral, hipertensão pulmonar grupo 3, shunt arteriovenoso pulmonar esquerdo e esplenectomia. Apresentou-se no Serviço de Urgência com cefaleias frontais, náuseas, vômitos com uma semana de evolução e diplopia e perda de força muscular com dois meses de evolução. Exames laboratoriais sem alterações relevantes. As imagens de TC e RM mostraram múltiplas lesões hipodensas corticossubicorticais com nodularidade justacorticais e efeito de massa, sugerindo abscessos cerebrais. Dado o rápido agravamento clínico, iniciou-se antibioterapia empírica com Meropenem e Vancomicina. A biópsia cerebral precoce confirmou *Nocardia* spp., o que levou à alteração do tratamento para Meropenem e Trimetoprim/Sulfametoxazol (S/T) por mais de seis semanas, seguido de manutenção com S/T isolado. Aos seis meses de tratamento, o paciente apresenta evolução clínica e imagiológica favorável, com desmame lento de corticoterapia.

O diagnóstico etiológico preciso é essencial na gestão de abscessos cerebrais. Fatores de risco como silicose e esplenectomia foram determinantes para a suspeita de agentes menos frequentes. A combinação biópsia, investigação microbiológica dirigida e antibioterapia ajustada é crucial para melhorar o prognóstico e a sobrevivência dos pacientes.



PO 048

METASTIZAÇÃO CUTÂNEA COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA GÁSTRICO – UMA ENTIDADE RARA

Alexandre Castro Lopes; Carolina Morgado; Clara Pinto; Mariana Sousa; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO

CASO CLÍNICO

Introdução

O cancro gástrico é a 5ª neoplasia mais frequente e a 4ª principal causa de morte oncológica mundial. O diagnóstico tardio associa-se à metastização pulmonar, hepática ou peritoneal. A metastização para o tecido cutâneo é extremamente rara (0.8-1.0%). Apresentamos um caso de metástase cutânea como primeira manifestação de carcinoma gástrico.

Caso clínico

Masculino de 55 anos, autónomo, foi referenciado à consulta por espessamento subcutâneo suprapúbico, inicialmente suspeito de hérnia inguinal. Referia endurecimento dos tecidos subcutâneos na base da coxa direita com 6 meses de evolução, com progressão cefálica, surgimento de uma massa suprapúbica e aumento do volume escrotal. Referia também perda ponderal de 6 kg em 6 meses, sem alterações gastrointestinais. Tinha antecedentes de perturbação do uso do álcool e diabetes mellitus tipo 2. À anamnese, apresentava história familiar relevante, com uma mãe diagnosticada com cancro gástrico aos 64 anos, pai falecido de cancro esofágico aos 60 anos e irmão mais velho em tratamento por cancro gástrico.

Ao exame objetivo apresentava uma tumefação pétérea suprapúbica dolorosa, com extensão à face interna da coxa direita, edema do membro inferior direito godet positivo e aumento do volume escrotal.

De exames complementares de diagnóstico, a salientar:

- Ecografia escrotal: hidrocelo bilateral e espessamento das túnicas escrotais.
- TC AP: densificação do plano adiposo subcutâneo do hipogastro, com extensão púbica e escrotal. Sem conglomerados adenopáticos.
- RM AP: extenso processo infiltrativo difuso indeterminado com realce, que sugere alterações inflamatórias, sem formações organizadas que suportem uma etiologia tumoral, atingindo tecidos moles da região pré-púbica, escroto e pénis, os cordões espermáticos, o períneo e da raiz de ambas as coxas. Foram pedidos estudos endoscópicos e realizou biópsia cutânea a mostrar “Envolvimento cutâneo por carcinoma de células pouco coesas, compatível com primário gástrico.”, enquanto a EDA mostrou neoplasia infiltrativa gástrica (“ toda a mucosa gástrica apresenta aspeto empedrado, infiltrativo”). Foi referenciado à Oncologia Médica para definição de plano terapêutico.

Discussão

A metastização cutânea do carcinoma gástrico é raramente descrita, especialmente sem metástases síncronas. Este caso evidencia a importância da anamnese detalhada e da suspeição clínica na orientação diagnóstica célere perante apresentações atípicas.

PO 050

QUANDO O TESTE RÁPIDO FALHA: DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COM ANTIGENÚRIA NEGATIVA

Cassiana Vasconcelos; Marta Baião; Maria Ana Ferreira; Vasco Tiago; Sofia Lourenço
HOSPITAL DE CASCAIS

CASO CLÍNICO

A pneumonia adquirida na comunidade constitui causa frequente de internamento e sépsis. O *Streptococcus pneumoniae* permanece o agente etiológico mais comum, podendo originar doença invasiva. A antigenúria pneumocócica é amplamente utilizada no diagnóstico, porém a sua sensibilidade limitada implica que resultados negativos não excluem infeção.

Caso clínico

Homem de 62 anos, autónomo, sem antecedentes conhecidos, admitido por febre 40°C, tosse produtiva, toracalgia pleurítica direita e dispneia com cinco dias de evolução. Referia tabagismo ativo e consumo alcoólico (~32 g/dia). Apresentava taquicardia e hipoxemia (pO₂ 60,9 mmHg, lactato 2,58 mmol/L). Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR elevada, hiponatremia e hipocalemia. Radiografia torácica com hipotransparência lobar direita; angio-TC excluiu TEP, identificando pneumonia lobar do lobo superior direito, foco no lobo inferior direito e enfisema moderado. Antigenúria para *S. pneumoniae* e *L. pneumophila* negativa. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Hemoculturas isolaram *S. pneumoniae*, confirmando doença invasiva, ajustando-se para benzilpenicilina. Evolução favorável.

Discussão

Este caso demonstra que antigenúria pneumocócica negativa não exclui infeção por *S. pneumoniae*. A colheita precoce de hemoculturas mantém-se fundamental na pneumonia grave, permitindo confirmação etiológica e otimização terapêutica.



PO 051

NEM TUDO O QUE INFLAMA É GOTA: A RESPOSTA ERA DOENÇA DE STILL

Mariana da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; André Neto Real; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Introdução

A doença de Still do adulto é uma patologia inflamatória sistêmica rara, devendo ser colocada perante febre, artralgias e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos, como os Critérios de Yamaguchi, após exclusão de etiologias infecciosas, neoplásicas e autoimunes. Como espelhado neste caso, a sua apresentação inespecífica e frequentemente atípica constitui um desafio diagnóstico significativo.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 65 anos de idade, autónomo, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica e gamapatia monoclonal de significado indeterminado, recorreu ao serviço de urgência por quadro de cerca de 2 meses de artralgias periféricas migratórias, lombalgia, astenia e febre. Referidos sinais inflamatórios do punho direito, posteriormente evoluindo para o punho esquerdo e articulações tibiotársicas. Inicialmente foi interpretado como artrite gotosa, tendo iniciado colchicina e posteriormente alopurinol, sem resposta clínica, tendo evoluído ao longo de um mês para incapacidade funcional marcada.

O quadro foi acompanhado de perda ponderal significativa de cerca de 20% em 6 meses e agravamento progressivo da lombalgia com limitação funcional e diminuição de força do membro inferior esquerdo, objetivado à admissão e motivando internamento. À admissão apresentava febre, leucocitose com neutrofilia, PCR 45 mg/dL e trombocitose. Foi inicialmente colocada a hipótese de espondilodiscite, tendo iniciado antibioterapia empírica com doxiciclina, posteriormente suspensa após exclusão imagiológica por RM. O estudo etiológico que incluiu investigação microbiológica, serológica, imunológica e imagiológica, excluiu infeção ativa, neoplasia ou vasculite. Destacava-se ainda ferritina significativamente elevada (1414 ng/dL), velocidade de sedimentação aumentada (119 mm/h) e fator reumatóide e anticorpos antinucleares negativos. Perante febre prolongada, artralgias com mais de 2 semanas de evolução, leucocitose com neutrofilia e exclusão de outras patologias, foi assumido o diagnóstico de doença de Still, cumprindo os critérios clínicos de Yamaguchi. Iniciou prednisolona 1 mg/kg/peso, em esquema de descontinuação progressiva quinzenal, com rápida resposta clínica (melhoria da queixas algicas e recuperação funcional nas primeiras 72 horas), assim como normalização progressiva dos parâmetros inflamatórios.

Discussão

Este caso ilustra o desafio diagnóstico inerente à doença de Still, particularmente quando mimetiza patologias com maior prevalência como a artrite gotosa ou infeção osteoarticular. A investigação alargada e sistematizada, baseada na exclusão de etiologias alternativas e a aplicação de critérios clínicos, permitiu estabelecer o diagnóstico. A resposta rápida à corticoterapia reforçou o diagnóstico. Este caso evidencia a necessidade de considerar a hipótese de doença inflamatória sistêmica em quadros de febre prolongada com envolvimento articular e inflamatório, evitando atrasos diagnósticos e terapêuticos.

CASO CLÍNICO

A disartria de início agudo é frequentemente valorizada como possível manifestação de acidente vascular cerebral, sobretudo em doentes com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, justificando a ativação de protocolos como a Via Verde de AVC. Contudo, a investigação inicial pode revelar etiologias alternativas, nomeadamente lesões intracranianas expansivas. Entre estas, o diagnóstico diferencial inclui metástases cerebrais, abscessos e tumores primários do sistema nervoso central. A identificação da etiologia exige frequentemente investigação progressiva e reavaliação diagnóstica. Apresenta-se o caso de um homem de 65 anos, autónomo, com antecedentes incluindo diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada com lesão de órgão alvo, hipertensão arterial, dislipidemia e excesso de peso, com má adesão terapêutica. O doente recorreu ao serviço de urgência por disartria, tendo sido ativada a Via Verde de AVC na triagem. À observação, apenas com disartria moderada (NIHSS 2). A TC crânio-encefálica com angio-TC não revelou lesões vasculares agudas, mas identificou área hipodensa frontal esquerda. Foi internado na Unidade de AVC, onde realizou RM crânio-encefálica que evidenciou duas lesões expansivas com hipossinal em T1, hipersinal em T2/FLAIR e realce periférico, sugerindo etiologia secundária. Transferido para a Medicina Interna para estudo etiológico, realizou TC toraco-abdomino-pélvica, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e estudo analítico com PSA e AFP, sem identificação de neoplasia primária. Colocada a hipótese de abscesso cerebral, após discussão com Neurocirurgia, repetiu RM, que evidenciou quatro lesões expansivas, iniciou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol e foi submetido a craniotomia com drenagem. O exame microbiológico do pus isolou *Aspergillus* spp. e *Dematiaceae* no microbiológico do pus tendo sido dirigida antibioterapia para vancomicina e voriconazol, após discussão com Infeciologia. Foram colhidas serologias víricas que revelaram tratar-se de doente VIH positivo em estadio SIDA, com elevada imunossupressão e carga viral. Este caso evidencia uma marcha diagnóstica complexa e dinâmica, que se iniciou com um défice neurológico focal, mas exigiu reavaliação das hipóteses diagnósticas. A integração de informação clínica, imagiológica e microbiológica, bem como a colaboração multidisciplinar, foram fundamentais para a identificação da etiologia final neste doente. Ilustra-se também como infeções oportunistas podem ainda constituir a primeira manifestação de infeção por VIH.

PO 056

DOENÇA DE GRAVES: A OUTRA FACE DA TERAPÊUTICA ANTITIROIDEIA.

Ana Cristina Almeida Santos Costa; Ivo Santos Palmeiro; Andreia Gravata; Leticia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Miguel Rodrigues; António Pessoa; Margarida Neto; Pedro Freitas; Pedro Carreira; Eugénio Dias; Susana Marques

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

CASO CLÍNICO

A doença de Graves é a causa mais frequente de hipertiroidismo e resulta da estimulação da glândula tiroideia por anticorpos anti-recetor da TSH (TRAb). O tratamento com antitiroideus, visando estabelecer o eutiroidismo e reduzir os títulos de TRAb, pode induzir hipotiroidismo iatrogénico, exigindo vigilância clínica e analítica apertada.

Mulher de 24 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência por quadro de palpitações com quatro meses de evolução, agravado na última semana, acompanhado de náuseas, vómitos, tremor, cefaleias, hipersudorese, intolerância ao calor e aumento do trânsito intestinal. Ao exame objetivo apresentava taquicardia (118 bpm), normotensa, com auscultação cardiopulmonar sem alterações. Dos exames realizados, salientava-se eletrocardiograma com taquicardia sinusal, bem como TSH $<0,01 \mu\text{UI/mL}$ e T4L $2,71 \text{ ng/dL}$. Foi instituída terapêutica com propranolol 40 mg/dia e metimazol 15 mg/dia, com melhoria sintomática. Do estudo etiológico em Consulta de Medicina Interna, mantinha TSH $<0,01 \mu\text{UI/mL}$, T4L $1,54 \text{ ng/dL}$ e T3 total $1,91 \text{ ng/mL}$, com anticorpos antitiroglobulina de 224 UI/mL e antiperoxidase tiroideia de $10,2 \text{ UI/mL}$. A ecografia tiroideia evidenciou glândula com ecoestrutura heterogénea, compatível com tiroidite, múltiplos pequenos quistos $<4 \text{ mm}$ (EUTIRADS 2) e nódulo predominantemente quístico de 12 mm no lobo direito (EUTIRADS 3). Na reavaliação e na continuação do estudo, verificou-se hipotiroidismo iatrogénico, com TSH $11,86 \mu\text{UI/mL}$, T4L $0,49 \text{ ng/dL}$ e TRAbs $4,23 \text{ UI/L}$ positivos, confirmando-se o diagnóstico de doença de Graves. Na tentativa de suprimir o título de TRAbs, e após discussão com a endocrinologia, iniciou-se levotiroxina $25 \mu\text{g/dia}$.

Este caso ilustra a apresentação típica de doença de Graves com tireotoxicose sintomática, tratada com metimazol para atingir eutiroidismo e reduzir a atividade autoimune mediada por TRAb. A evolução demonstra que a manutenção da terapêutica antitiroideia pode induzir hipotiroidismo iatrogénico, sublinhando a necessidade de monitorização analítica periódica e ajuste rigoroso da dose. Esta estratégia é crucial para prevenir complicações iatrogénicas, otimizar o controlo hormonal e garantir vigilância imagiológica adequada perante a coexistência de tiroidite e nódulos tiroideus.



PO 057

“QUANDO O ‘AVC’ É ESCLEROSE MÚLTIPLA: UM CASO DE INÍCIO TARDIO”

Ana Cristina Almeida Santos Costa; Carolina Assunção; Leonel Pereira; Andreia Gravata; Leticia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Miguel Rodrigues; António Pessoa; Ana Reis; Daniela Brigas; Cristina Lopes; Eugénio Dias; Susana Marques

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

CASO CLÍNICO

A esclerose múltipla (EM) é tipicamente uma doença do adulto jovem. O início após os 50 anos é raro e associa-se frequentemente a dificuldade diagnóstica, sobretudo quando mimetiza patologia cerebrovascular e em doentes com múltiplas comorbilidades.

Homem de 62 anos, previamente autónomo, com antecedentes de carcinoma pavimentocelular da orofaringe tratado com quimiorradioterapia (em vigilância), doença renal crónica G3aA1, recorre ao Serviço de Urgência por paresia e hipostesia do hemicorpo direito com desvio da comissura labial, com mais de 16 horas de evolução.

A TC cerebral com contraste, inicial e às 24h, não revelou alterações, tendo alta com diagnóstico de AIT e com estudo complementar em ambulatório.

À observação na Consulta constata-se agravamento com paraparésia dos membros inferiores, sinais piramidais, atrofia dos interósseos e discreto nistagmo. TC CE e da coluna, ecocardiograma e Holter sem alterações relevantes.

Posteriormente desenvolve astenia intensa, dor generalizada refratária, anorexia e disfagia progressiva. Analiticamente: rabdomiólise, Lesão renal aguda, elevação de cadeias leves kappa, imunofixação sérica sem componente monoclonal, hipervitaminose B12 e défice de vitamina E; serologias virais e autoimunidade negativas. RMN cerebral e medular demonstra múltiplas lesões desmielinizantes típicas (periventriculares, córtico-subcorticais, infratentoriais e medulares), compatíveis com os critérios de McDonald 2024 para EM com surto clínico. LCR com banda oligoclonal monoclonal, confirmando positividade e sustentando o diagnóstico de EM de início tardio. PET: hipermetabolismo focal na parede posterior da glote, atribuído a sequele pós-terapêutica. Colonoscopia, EDA e electromiografia sem contributo etiológico.

Realizou pulsos de metilprednisolona com melhoria dos défices e recuperação parcial da marcha. Por manutenção da disfagia colocou PEG, com recuperação ponderal.

Foi encaminhado para Consultas de Especialidade e Reabilitação.

A EM de início tardio é uma entidade rara, mas clinicamente relevante. Este caso ilustra a necessidade de elevada suspeição diagnóstica perante défices neurológicos multifocais no adulto idoso, evitando ancoragem em diagnóstico de AVC e orientando a investigação adequada (RMN e LCR) para terapêutica precoce com impacto prognóstico.

PO 058

Síndrome de Weil: apresentação grave de leptospirose com envolvimento multiorgânico
Rita Figueira; Bruna Silva; Joana Melo; Joana Nogueira; Marta Silva Serra; Melissa Silva; Bruna Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO

CASO CLÍNICO

Introdução

A leptospirose é uma doença infecciosa zoonótica causada pela bactéria leptospira. A transmissão para humanos ocorre através do contacto direto com urina ou fluídos reprodutivos de animais infetados ou por contacto com solo, água ou alimentos contaminados.

A maioria das infeções é ligeira e auto-limitada (aproximadamente 90%), mas cerca de 10% dos casos desenvolvem doença grave com disfunção multiorgânica, como a síndrome de Weil. Esta forma é classicamente definida pela tríade de insuficiência hepática, icterícia e insuficiência renal.

Dada a elevada taxa de letalidade (5-15%), o reconhecimento precoce e o tratamento atempado é essencial.

Caso clínico

Homem, 61 anos, com antecedentes de dislipidemia, etilismo e tabagismo crónicos, recorreu ao serviço de urgência por febre com 6 dias de evolução, associada a mialgias, icterícia e colúria. Referia ingestão de água de nascente e exposição a ambiente rural, com contacto com animais. À admissão encontrava-se hipotenso, com icterícia mucocutânea e com exantema purpúrico nos membros inferiores. Analiticamente com trombocitopenia grave ($7 \times 10^9/L$), com necessidade transfusional, Creatinina 2,92 mg/dL (basal normal), citocolestase hepática (AST 157 U/L, ALT 103 U/L, fosfatase alcalina 198 U/L, GGT 198 U/L) com hiperbilirrubinemia à custa da direta (bilirrubina total 9,34 mg/dL (direta 7,30 mg/dL)) e PCR 168 mg/L. Após discussão com Infeciologia, e dada a elevada suspeita diagnóstica, iniciou ceftriaxone 2 g/dia. Agravamento clínico, com evolução com insuficiência respiratória tipo 1, com necessidade de incremento de FiO₂, hipotensão sustentada apesar de fluidoterapia, com necessidade transitória de suporte vasopressor com noradrenalina e lesão renal aguda oligúrica. Apesar da disfunção multiorgânica, evolução favorável com o suporte de órgão e o ciclo de antibioterapia instituídos, com recuperação progressiva das funções orgânicas. Do estudo etiológico destaca-se IgM para Leptospira positiva e IgG negativa, compatível com infeção aguda.

Discussão

Este caso retrata uma forma grave de leptospirose, compatível com síndrome de Weil, evidenciando o envolvimento multiorgânico (respiratório, cardiovascular, renal, hepático e hematológico). O contexto epidemiológico foi fundamental para a suspeita clínica precoce, apesar da apresentação inespecífica inicial. A positividade isolada da IgM, com PCR (no sangue e na urina) negativa, é compatível com fase tardia da doença. A destacar a importância da abordagem precoce com antibioterapia e suporte intensivo, que foram determinantes para a evolução favorável. É de realçar a necessidade de elevado índice de suspeição em doentes com exposição de risco, a heterogeneidade da apresentação clínica e a relevância do tratamento atempado na redução da morbimortalidade.

PO 059

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA - PARA ALÉM DAS CAUSAS HABITUAIS

Jéssica Vieira; Marta Maio Freitas; Ana Neves; Joana Moreira de Magalhães;
Maria Teresa Brito; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

CASO CLÍNICO

A alteração do estado de consciência no idoso é um motivo frequente de ida ao Serviço de Urgência (SU). As causas mais comuns são metabólicas, infecciosas ou vasculares, contudo, em alguns casos, a apresentação é atípica.

Homem, 86 anos, com doença vascular cerebral, cardiopatia isquémica, diabetes melitus tipo 2 com nefropatia, hipertensão arterial, dislipidemia e anemia microcítica em estudo, recorreu ao SU após perda transitória de consciência - duração de segundos, sem pródromos, perda de continência urinária, tremores generalizados e desorientação. À admissão no SU estava hemodinamicamente estável, sem défices neurológicos focais.

Do estudo realizado: anemia microcítica (Hb 12,1g/dL), leucocitose com neutrofilia ($15,00 \times 10^9/L$), elevação da PCR (116,9 mg/L) e elevação de D-dímeros (3,18 microgramas/mL). Realizou angio-tomografia computadorizada (TC) torácica para exclusão de tromboembolismo pulmonar, que revelou lesões pulmonares e hepáticas sugestivas de metastização. Realizada ainda TC crânio-encefálica que não mostrou alterações agudas. Foi internado para estudo. No internamento, realizou TC cervico-tóraco-abdomino-pélvica, evidenciando espessamento suspeito do cólon sigmóide, confirmado por colonoscopia (neoformação estenosante a 30 cms da margem anal – histologia: adenocarcinoma). O estadiamento com PET confirmou metastização pulmonar, hepática e ganglionar. Realizou RMN crânio-encefálica por apresentar alguma desinibição comportamental, que não mostrou lesões. O caso foi discutido em reunião de grupo oncológico, ficando orientado para consulta de Cirurgia Geral e Oncologia, para início de tratamento sistémico e abordagem cirúrgica, dada lesão estenosante.

Trata-se de uma apresentação inaugural atípica de neoplasia do cólon metastática, sem sintomatologia sistémica ou gastrointestinal acompanhante. A alteração do estado de consciência motivou uma investigação alargada, permitindo o diagnóstico incidental de doença oncológica avançada.

COCAÍNA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: UMA ASSOCIAÇÃO SUBESTIMADA

Mafalda Petrucci Presunto¹; Carolina Silva Câmara²; Sara Videira Almeida¹; Inês Margarida Brito³; Rafaela Lopes Freitas¹

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

3. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade clínica potencialmente fatal, de expressão clínica heterogênea. O diagnóstico precoce e o tratamento atempado são determinantes para reduzir a morbimortalidade. Na investigação etiológica, para além das causas prevalentes, como neoplasia ativa ou doenças autoimunes, devem ser considerados fatores menos frequentes, como o consumo de substâncias psicoativas, associado a mecanismos pró-trombóticos e disfunção endotelial, passíveis de desencadear eventos tromboembólicos.

Caso clínico

Homem de 51 anos com patologia psiquiátrica, excesso ponderal (IMC 26,5), fumador (18 UMA) e consumo ativo de cocaína. Recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica pleurítica direita, dispneia e tosse hemoptóica com 4 dias de evolução, após período de imobilização. Ao exame físico, destacava-se diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito, sem outras alterações relevantes. Analiticamente, apresentava leucocitose (19.620/uL), elevação de D-dímeros (3836ng/mL) e PCR (256mg/L), com troponina e NT-proBNP negativos. Realizada angio-TC torácica, que documentou trombos endoluminais na artéria pulmonar direita e em ramos segmentares, bem como pequenas áreas de consolidação periférica sugestivas de enfarte pulmonar. O ecocardiograma não revelou disfunção do ventrículo direito. Portanto, TEP de risco baixo (categoria C1) associado a enfarte pulmonar presumidamente sobreinfetado. Iniciou Amoxicilina/Clavulanato e heparina de baixo peso molecular terapêutica. Durante o internamento, realizado Doppler dos membros inferiores com trombose venosa profunda à esquerda. Excluídas causas neoplásicas, imunológicas, trombofilicas genéticas e infecciosas. Assim, considerou-se como fatores precipitantes o consumo de cocaína, tabagismo ativo, excesso ponderal e imobilização. Posteriormente, evolução favorável, tendo alta sob anticoagulação oral e seguimento em consulta de Medicina Interna.

Discussão

Este caso evidencia a complexidade da relação entre TEP e consumo de cocaína, realçando a importância de reconhecer o papel das substâncias psicoativas como fator de risco trombótico adquiridos. A abordagem deve ser abrangente, centrada na anticoagulação adequada e na cessação dos consumos, reforçando a necessidade de vigilância multidisciplinar destes doentes.

PO 061

VARICELA DISSEMINADA COM ENVOLVIMENTO MUCOSO EM DOENTE COM DPOC GOLD 4E

Rui Parente; Patrícia Saraiva; Beatriz Ribeiro; Paula Paiva; Alexandre Louro; Maria Eugénia André

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

CASO CLÍNICO

Introdução

A varicela no adulto associa-se a maior morbilidade e risco de complicações quando comparada com a idade pediátrica, sobretudo em doentes com reserva funcional limitada. Apresenta-se um caso de varicela disseminada com envolvimento mucoso num doente com doença respiratória crónica avançada.

Caso clínico

Homem de 59 anos, autónomo nas atividades de vida diária, com antecedentes de DPOC GOLD 4E, enfisema pulmonar e insuficiência respiratória crónica hipoxémica/hipercápnica sob oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva domiciliária noturna. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento da dispneia, febre e exantema pruriginoso disseminado com uma semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava múltiplas lesões em diferentes estadios evolutivos, incluindo pápulas, vesículas e crostas, envolvendo tronco, face, região cervical e membros, posteriormente também palmas, associadas a lesões vesiculares do palato e amígdalas. Analiticamente destacava-se trombocitopenia moderada e síndrome inflamatório. Serologias para VIH, sífilis e hepatite B sem evidência de infeção ativa. A radiografia torácica não mostrou alterações agudas além de enfisema conhecido. Perante quadro clínico compatível com varicela disseminada, foi internado em isolamento respiratório e de contacto e iniciou aciclovir endovenoso, com posterior transição para valaciclovir oral. Verificou-se melhoria progressiva do prurido, das lesões cutâneas e da odinofagia, sem descompensação respiratória major, com normalização plaquetária e redução dos parâmetros inflamatórios.

Discussão

A varicela no adulto pode apresentar-se de forma exuberante e potencialmente grave, sobretudo na presença de comorbilidade significativa. Neste caso, a coexistência de DPOC muito grave e insuficiência respiratória crónica justificou vigilância estreita, isolamento precoce e instituição atempada de terapêutica antiviral. O envolvimento mucoso e a trombocitopenia reforçaram a necessidade de internamento. Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce da varicela disseminada no adulto e da abordagem dirigida em doentes com reserva respiratória limitada.

FRATURA PATOLÓGICA EM ENFERMARIA DE ORTOPEDIA: DIAGNÓSTICO DE PLASMOCITOMA ÓSSEO SOLITÁRIO

**Cristina Miranda; Maria João Palavras; Inês Pinto Rodrigues; Marta Reisinho Mesquita;
Rita Matos Sousa; André Sousa Vares**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

CASO CLÍNICO

O plasmocitoma ósseo solitário é uma neoplasia rara de plasmócitos caracterizada por lesão óssea única, com risco de progressão para mieloma múltiplo. Fraturas patológicas podem constituir a manifestação inaugural, exigindo investigação etiológica direcionada, onde a Medicina Interna desempenha papel central. Relata-se o caso de uma mulher de 76 anos, internada em Ortopedia por fratura trocantérica direita após traumatismo de baixa cinética. Perante o caráter patológico da fratura, foi solicitada colaboração da Medicina Interna. O estudo laboratorial revelou pico monoclonal IgG/kappa e alteração do rácio de cadeias leves livres, sem anemia, hipercalcemia ou compromisso da função renal. A Tomografia por Emissão de Pósitrons demonstrou lesão lítica hipermetabólica isolada do fémur direito, sem evidência de outras localizações. A biópsia óssea confirmou neoplasia de plasmócitos com restrição de cadeias leves kappa. A imunofenotipagem medular revelou 0,8% de plasmócitos, dos quais 93% clonais, com fenótipo CD38+, CD56+, CD19- e CD45-, compatível com proliferação plasmocitária neoplásica, sem critérios medulares de mieloma múltiplo. O internamento foi complicado por trombose venosa profunda do membro inferior direito, tendo sido instaurada anticoagulação. A doente foi referenciada para Hematologia, iniciou corticoterapia e radioterapia, mantendo seguimento multidisciplinar e controlo da doença. Este caso salienta o envolvimento complexo do internista numa patologia aparentemente ortopédica. Sublinha ainda a importância de considerar etiologia neoplásica perante fraturas de baixo impacto, reforçando a necessidade de uma abordagem diagnóstica integrada com dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e histológicos. A intervenção precoce permitiu diagnóstico atempado, definição terapêutica dirigida e gestão de complicações associadas, evidenciando o papel central da Medicina Interna como visão integradora que transformou um evento ortopédico isolado num diagnóstico oncológico.



PO 067

DO HUMOR À INFLAMAÇÃO: O LÚPUS QUE SE VESTIU DE DEPRESSÃO

Ana Filipa C. Correia; Hélio Conceição; Joana Moutinho; Ana Paula Tavares; Isabel Taveira; Nuno Vieira

HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO

CASO CLÍNICO

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica de apresentação clínica heterogénea, que frequentemente se caracteriza por sintomas inespecíficos, podendo mimetizar diversas entidades e atrasar o diagnóstico.

Caso clínico

Homem de 28 anos recorreu ao serviço de urgência por astenia marcada, mialgias difusas e anorexia, com perda ponderal de 8 kg em dois meses (54 para 42 kg; IMC 13 kg/m²) de forma não intencional. Apresentava antecedentes de depressão, inicialmente levantando a hipótese de etiologia psiquiátrica ou perturbação do comportamento alimentar. Analiticamente, destacava-se anemia (Hb 8 g/dL), leucopenia ($2,6 \times 10^3/\mu\text{L}$) e hipocomplementemia (C3 e C4 diminuídos). O estudo imunológico revelou anticorpos anti-DNA positivos e anti-RNP positivo em baixo título, bem como anticoagulante lúpico positivo com prolongamento do aPTT.

Perante presença de síndrome constitucional e citopenias foi realizada TC toraco-abdomino-pélvica para exclusão de neoplasia oculta, que evidenciou derrame pleural e pericárdico e adenopatias axilares. Estes achados, compatíveis com polisserosites inflamatórias, reforçaram a suspeita de doença autoimune sistémica. Foi estabelecido o diagnóstico de LES de novo (EULAR 2019: 18 pontos). Iniciou pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisolona e hidroxicloroquina, com melhoria clínica progressiva.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação inaugural incomum de LES com síndrome constitucional e desnutrição extrema, inicialmente sugestiva de etiologia psiquiátrica. A exclusão de neoplasia e a identificação de polisserosites, assim como a presença de citopenias e autoanticorpos específicos, nomeadamente anti-DNA e anticoagulante lúpico positivos, reforçou o diagnóstico de LES. Salienta-se a importância do diagnóstico diferencial incluindo patologia autoimune em doentes jovens com alterações do humor e sintomatologia constitucional.

PO 073

ENDOCARDITE INFECIOSA (HACEK) EM PROTÉSE VALVULAR MECÂNICA MITRAL COM EMBOLIZAÇÃO OSTEOARTICULAR

Leda D´ Almeida; Luís Canavilhas; Hugo Félix; Carla Mimoso Santos; Sérgio Paulo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

CASO CLÍNICO

A endocardite infecciosa por microrganismos do grupo HACEK constitui uma entidade rara, frequentemente associada a evolução subaguda e dificuldades diagnósticas. Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular anticoagulada e prótese mecânica da válvula mitral, admitida por síndrome constitucional e febre elevada, associadas a coxalgia esquerda de agravamento progressivo. Analiticamente apresentava síndrome inflamatório marcado, com leucocitose(23.000/uI), PCR elevada e PCT aumentada. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e gentamicina, tendo posteriormente sido isolado *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* em hemoculturas, microrganismo pertencente ao grupo HACEK. O ecocardiograma transesofágico não evidenciou vegetações inequívocas, contudo, perante a presença de hemoculturas positivas e critérios clínicos compatíveis, estabeleceu-se diagnóstico de endocardite infecciosa possível segundo critérios de Duke. Durante o internamento manteve queixas de dor na anca esquerda, tendo estudo imagiológico posterior confirmado artrite séptica da anca, interpretada como possível manifestação metastática da infeção. Cumpriu antibioterapia endovenosa dirigida, com posterior transição para terapêutica oral com amoxicilina e ácido clavulânico e amoxicilina isolada, com evolução clínica favorável. Teve alta clinicamente melhorada, orientada para seguimento em consulta de Doenças Infecciosas e Reumatologia. Este caso ilustra a apresentação subaguda da endocardite por HACEK e reforça a importância da suspeição clínica em doentes com próteses valvulares e síndrome constitucional, bem como a necessidade de investigação de focos metastáticos de infeção.



CASO CLÍNICO

Introdução

O Magnésio e a Vitamina D participam na homeostase do cálcio. A hipomagnesemia provoca alterações neurológicas, além de contribuir diretamente para maior risco de arritmias. O déficit de vitamina D reduz a absorção intestinal de cálcio. Estas alterações resultam na diminuição do cálcio sérico, podendo manifestar-se por tetania, parestesias, convulsões ou alterações do ritmo cardíaco, sendo essencial a correção da etiologia subjacente.

Discussão

Mulher, 87 anos, com historia de doença cerebrovascular e fibrilhação auricular, trazida ao SU por tremores mioclónicos simétricos, náuseas e vômitos há 6 meses, com ataxia da marcha e agravamento do tremor há 2 semanas. Realizou Angio-TAC CE que não detetou alterações agudas e analiticamente com lesão renal aguda pré-renal, hipocalcemia (6,5), hipomagnesemia (indoseável) e hipofosfatemia, com imunoeletroforese, estudo auto-imune e serologias sem alterações. Foi admitida em unidade de intermédios para monitorização e após normalização de calcemia foi admitida no serviço de Medicina Interna. No internamento, assumiu-se Hipocalcemia secundária ao déficit de Magnésio e Vit.D, e consequente hipomagnesemia iatrogénica (diurético e inibidor da bomba de prótons, que foram ambos suspensos). Durante o internamento realizou TAC-AP (sem alterações relevantes) e estudo urinário que não demonstrou alterações. Ao 7º dia internamento, após suplementação inicialmente endovenosa e posteriormente oral, já sem alterações iónicas. Teve alta com resolução da sintomatologia, com prescrição de suplementação com orientação para consulta.

Discussão

Este caso relembra-nos a importância do equilíbrio hidroeletrólítico para o bom funcionamento do corpo humano. Distúrbios Hidroeletrólíticos com clínica típica num doente que poderíamos facilmente pensar noutros diagnósticos mais complexos. Com simples suplementação foi possível reverter a sintomatologia incapacitante. Para além disso, num doente com várias comorbilidades cuja lista medicamentosa é extensa é fundamental fazermos sempre uma revisão terapêutica, de forma a evitar iatrogenia medicamentosa.

HEPATITE AGUDA APÓS EXPOSIÇÃO CURTA A NIMESULIDA: UM DIAGNÓSTICO A NÃO PERDER

Beatriz la Féria¹; Margarida Vieira Martins²; Maria Margarida Marques³; Selma Mulemba Baptista²; Margarida Monteiro³; Maria Rosário Araújo³; Olinda Caetano³

1. IPO PORTO

2. ULS DE BRAGA

3. ULS BRAGA

CASO CLÍNICO

A hepatite induzida por fármacos (Drug-Induced Liver Injury, DILI) é uma causa frequente de hepatite aguda. A nimesulida é um anti-inflamatório não esteroide (AINE) associado a um risco aumentado de hepatotoxicidade, pelo que em 2012 a Agência Europeia de Medicamentos recomendou o seu uso apenas em segunda linha e por um curto espaço de tempo. Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos, natural do Brasil, residente em Portugal há menos de dois meses, sem antecedentes conhecidos de doença hepática, que recorre ao serviço de urgência por dor abdominal severa de início súbito. Sem febre, vômitos ou icterícia. Nega consumo alcoólico atual ou passado. Nega a toma de qualquer medicação diariamente ou de outros suplementos. Refere duas tomas de 200 mg de nimesulida por odontalgia com 5 horas de intervalo entre elas, dois dias antes da vinda à urgência. Analiticamente, com lesão hepatocelular aguda, com uma alanina aminotransferase (ALT) aproximadamente vinte vezes superior ao limite superior do normal e fator R = 28,1, sem outras alterações analíticas, nomeadamente, da função hepática, bilirrubina e INR dentro dos valores de referência. O doente foi internado para investigação etiológica. O estudo realizado permitiu excluir hepatite aguda vírica, alcoólica e autoimune. Realizou ainda angio-TC abdomino-pélvica e ecografia abdominal que revelaram hepatomegalia (17 cm) e esteatose hepática marcada, e excluíram causas obstrutivas. Durante o internamento não foi instituída terapêutica dirigida, tendo-se verificado melhoria clínica e redução progressiva das transaminases. Teve alta ao terceiro dia de internamento, com uma ALT aproximadamente duas vezes superior ao limite superior do normal. A avaliação da causalidade foi realizada através do Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM), revelando um score de 8 pontos, compatível com DILI provável, sustentado pela relação temporal, exclusão de etiologias alternativas e evolução favorável após a suspensão do fármaco. Assim, foi assumido o diagnóstico de DILI secundária a nimesulida.

A nimesulida é um fármaco com uma hepatotoxicidade bem documentada. Habitualmente, a lesão hepática ocorre após vários dias a semanas de exposição; neste caso, a latência extremamente curta após apenas duas tomas sugere um mecanismo idiossincrático, possivelmente associado a sensibilização prévia. Adicionalmente, a presença concomitante de esteatose hepática poderá constituir um fator de maior suscetibilidade a lesão hepática neste doente. Este caso reforça a importância de considerar a DILI no diagnóstico diferencial de hepatite aguda, mesmo após exposições mínimas a fármacos potencialmente hepatotóxicos, e de valorizar uma história farmacológica detalhada, particularmente em doentes provenientes de países onde determinados fármacos, atualmente usados com mais cautela em Portugal, permanecem amplamente utilizados.

A SOMA DOS FATORES: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA MULTIFATORIAL

Maria Margarida Marques¹; Beatriz Ia Féria²; Margarida Vieira Martins¹; Selma Mulemba Baptista¹; Maria Rosário Araújo¹; Olinda Caetano¹; Margarida Monteiro¹

1. HOSPITAL DE BRAGA

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

A Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA) caracteriza-se pelo início rápido de sintomas relacionados com congestão sistêmica, associando-se a grande heterogeneidade de fatores desencadeantes. Mulher, 56 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e anemia ferropénica. Apresenta quadro de rinorreia, tosse produtiva e dispneia progressiva com cerca de um mês de evolução. Recorre à urgência por agravamento acentuado da dispneia. À admissão, com sinais de dificuldade respiratória grave, cianose labial, subfebril, polipneica (38 cpm) e taquicárdica (108 bpm), com insuficiência respiratória hipoxémica grave (SpO₂ 93% sob máscara de alto fluxo). Foi admitida na sala de emergência. Analiticamente: hiperlactacidémia (5.81 mmol/L), pró-peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP) 21525 pg/mL, parâmetros inflamatórios elevados, hemoglobina 10.3 g/dL, hormona estimulante da tireóide (TSH) <0.008 µUI/mL e tiroxina livre (T4L) 5.07 pmol/L. Realizou tomografia torácica, com evidência de edema pulmonar e cardiomegalia. Após estabilização inicial, iniciou antibioterapia empírica por suspeita de infeção respiratória e foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos de Nível II para monitorização clínica e manutenção de suporte ventilatório não invasivo, com posterior transferência para enfermaria. Do estudo efetuado: anticorpos anti-recetor da hormona estimulante da tireóide (TRABs) positivos e cinética do ferro a comprovar ferropenia. Fez 1g de carboximaltose férrica e iniciou metimazol 30 mg/dia, com ajuste durante o internamento para 10mg/dia à data de alta. Apresentou evolução clínica favorável, assumindo-se o diagnóstico inaugural de Doença de Graves, a anemia ferropénica e provável infeção respiratória sem agente identificado, como precipitantes de ICA. O caso ilustra uma verdadeira emergência cardiovascular multifatorial, desencadeada por Doença de Graves inaugural, anemia ferropénica e provável infeção respiratória, reforçando a importância de uma avaliação integrada, permitindo a correção simultânea das condições subjacentes.

TROMBOEMBOLISMO: UM CASO ILUSTRATIVO

Maria Margarida Marques¹; Margarida Vieira Martins¹; Selma Mulemba Baptista¹; Beatriz Ia Féria²; Maria Rosário Araújo¹; Olinda Caetano¹; Margarida Monteiro¹

1. HOSPITAL DE BRAGA

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade comum, associado a risco significativo de mortalidade, por vezes subdiagnosticada.

Mulher, 65 anos, antecedentes de doença renal poliquística com atingimento hepático, não fumadora, com história de viagem recente de carro à Suíça. Recorreu à urgência por dispneia para esforços e cefaleias, com exame objetivo e estudo inocentes, assumido diagnóstico de infeção respiratória e medicada sintomaticamente. Regressa poucos dias depois por agravamento progressivo da dispneia, toracalgia pleurítica e dor gemelar esquerda. À reavaliação, taquipneica, tempo expiratório aumentado, com insuficiência respiratória hipoxémica e edema assimétrico dos membros inferiores. Analiticamente, com D-dímeros e marcadores de necrose miocárdica aumentados, eletrocardiograma com padrão S1Q3T3 e inversão de ondas T de V1-V3. Realizou doppler do membro inferior esquerdo, com evidência de trombose das veias gemelares laterais, ecocardiograma com dilatação das câmaras direitas e hipertensão pulmonar e angio-tomografia (TAC) torácica a evidenciar TEP bilateral. Admitida em Unidade de Cuidados Intermédios, medicada com heparina baixo peso molecular. Estudo etiológico para trombofilias, autoimunidade e serologias sem alterações. Com evolução clínica favorável, alta com switch para apixabano e orientada para consulta. Completou estudo em ambulatório com TAC tóraco-abdomino-pélvica, sem alterações, tornando como hipótese etiológica mais provável a imobilização prolongada associada a viagem.

O caso, ilustrativo de TEP bilateral de risco intermédio-alto, inicialmente não reconhecido em episódio prévio de urgência por queixas sugestivas, destaca a necessidade de uma elevada suspeição perante quadros de dispneia aguda. Apesar de comum, este diagnóstico permanece um desafio pela sua apresentação inespecífica, reforçando a importância da valorização de fatores de risco, como a imobilização prolongada.

PO 081

ENVELHECER COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Carolina Silva Câmara¹; Inês Duro²; Fátima Cereja²; Maria Guilherme Muchata²; Fernanda Almeida²

1. UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA DA ULS DE SANTO ANTÓNIO

2. UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA DA ULS DE SANTO ANTÓNIO

CASO CLÍNICO

A terapêutica antirretroviral (TARV) transformou a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) numa doença crónica, permitindo que os indivíduos vivam mais e envelheçam, o que resulta no aparecimento de comorbilidades associadas e multimorbilidade. Apresentamos três casos ilustrativos deste novo paradigma.

Casos 1 e 2

Mulher de 84 anos, autónoma, com infeção VIH-1 estadio A2 diagnosticada em 2010 (síndrome consumptivo), inicialmente marcada por incumprimento terapêutico, com posterior adesão. Homem de 82 anos, autónomo, com infeção VIH-1 estadio C3 diagnosticada em 1998 (tuberculose meníngea). Atualmente, ambos sob dolutegravir/lamivudina ajustado à função renal, mantendo supressão virológica persistente e $CD4 > 400/\mu L$. Destacam-se comorbilidades típicas do envelhecimento, nomeadamente hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular e doença renal crónica, refletindo o peso cumulativo dos fatores de risco tradicionais, inflamação crónica e toxicidade medicamentosa.

Caso 3: Mulher de 90 anos, autónoma, com infeção VIH-1 estadio B1 diagnosticada em 1999. Cardiopatia valvular, submetida a implantação percutânea de prótese biológica aórtica aos 88 anos, com posterior intercorrência de acidente vascular cerebral isquémico da artéria cerebral média, sem sequelas. Ao longo dos anos cumpriu múltiplos esquemas de TARV, mantendo $CD4 > 500/\mu L$, mas com viremia residual crónica. Atualmente encontra-se sob bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida.

Estes casos demonstram como o VIH se transformou numa doença crónica complexa, em que a supressão virológica é apenas um dos pilares do cuidado. A gestão clínica centra-se na multimorbilidade, fragilidade e impacto funcional, exigindo cuidados multidisciplinares adaptados ao envelhecimento. O reconhecimento deste novo perfil epidemiológico é essencial para otimizar estratégias terapêuticas e garantir qualidade de vida da população VIH+ geriátrica.



PO 082

VASCULITE DE PEQUENOS VASOS INDUZIDA POR FÁRMACOS - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina Silva Câmara¹; Inês Duro²; Luísa Viveiros²; António Marinho²

1. UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA DA ULS DE SANTO ANTÓNIO

2. UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA DA ULS DE SANTO ANTÓNIO

CASO CLÍNICO

As vasculites de pequenos vasos constituem um grupo heterogéneo de entidades inflamatórias com manifestações que variam desde púrpura palpável e artralguas até envolvimento sistémico significativo. Entre as causas secundárias, as vasculites induzidas por fármacos representam um desafio diagnóstico relevante, sobretudo quando não existe confirmação histológica.

Apresentamos o caso de um homem de 40 anos, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, medicado com amlodipina/olmesartan, que recorreu ao serviço de urgência por lombalgia com irradiação abdominal. Analiticamente apresentava leucocitose, neutrofilia e proteína C reativa (PCR) elevada. Tomografia computadorizada abdominopélvica sem alterações. Uma semana depois desenvolveu púrpura palpável nos membros inferiores, artralguas e edema articular. O estudo imunológico inicial foi negativo, sem consumo de complemento. Iniciou corticoterapia oral em desmame, com resolução das lesões cutâneas e perda ponderal de 7 kg. Não foi realizada biópsia cutânea.

Duas semanas após a suspensão da corticoterapia ocorreu recidiva de lesões petequiais, menos exuberantes, associadas a raras pústulas. Analiticamente destacava-se PCR elevada, ferritina aumentada, sedimento urinário inocente e discreta elevação de IgA, mantendo-se o restante estudo imunológico negativo. Perante a suspeita de vasculite de pequenos vasos induzida por fármacos, foi orientada a substituição da terapêutica anti-hipertensora. Na reavaliação por Dermatologia, já sem lesões cutâneas, não sendo possível realizar biópsia.

Apesar da ausência de confirmação histológica, a negatividade do estudo imunológico, a boa resposta à corticoterapia e a resolução clínica após suspensão do fármaco suspeito tornam a vasculite de pequenos vasos induzida por fármacos o diagnóstico mais provável. Este caso evidencia a complexidade diagnóstica na ausência de biópsia e reforça a importância da revisão de fármacos, monitorização clínica e abordagem multidisciplinar.

PO 086

DA COLESTASE À MIOCARDIOPATIA INFILTRATIVA: UMA AMILOIDOSE AL COM ENVOLVIMENTO HEPÁTICO DIFERENTE.

Pedro Jordão de Freitas; Ana Filipa Martins; Maria João Costeira Pereira; Cleide José Maria; Alexandra Mendes; Pedro Martins Gonçalves; Diogo Morgado; Mariana Cruz; Ana Sofia Ramôa; Ana Andrade Oliveira

HOSPITAL DE BRAGA

CASO CLÍNICO

Introdução

A amiloidose sistémica de cadeias leves (AL) é uma doença rara e rapidamente progressiva, caracterizada pela deposição extracelular de fibrilas amiloides derivadas de cadeias leves de imunoglobulinas. O envolvimento cardíaco ocorre em 70-80% dos doentes e constitui o principal diagnóstico diferencial com a amiloidose ATTR. O envolvimento hepático, documentado em cerca de 10-20% dos casos, traduz-se tipicamente por hepatomegalia e padrão analítico colestático, sendo a hiperbilirrubinemia um preditor independente de mortalidade.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de mieloma indolente de cadeias leves kappa (diagnosticado em 2023) e doença renal crónica sob hemodiálise secundária a nefroangiosclerose hipertensiva confirmado por biópsia, recorre ao Serviço de Urgência por hiperbilirrubinemia conjugada com padrão colestático.

A investigação inicial excluiu etiologia obstrutiva pós-hepática por ecografia e TC abdomino-pélvica, motivando internamento para estudo etiológico. A colangio-RM não revelou alterações e não havia história de consumo etílico, tóxicos ou alterações terapêuticas recentes. O estudo analítico mostrou um padrão colestático (bilirrubina total 10,4 mg/dL, FA 690 U/L, GGT 314 U/L) com elevação ligeira das transaminases. Destacava-se ainda ferritina elevada e estudo infeccioso negativo. No painel autoimune, verificou-se positividade para anti-LC1, com restantes autoanticorpos negativos.

A biópsia hepática evidenciou hepatite colestática, sem sinais de colestase crónica ou deposição de substância amiloide. Perante suspeita de doença sistémica, o ecocardiograma revelou espessamento ventricular com padrão sugestivo de infiltração. A cintigrafia com ^{99m}Tc-DPD excluiu amiloidose ATTR, sendo o diagnóstico de amiloidose AL confirmado por biópsia endomiocárdica, no contexto de mieloma múltiplo.

A doente iniciou terapêutica segundo o protocolo ANDROMEDA, encontrando-se em seguimento após 8 ciclos.

DISCUSSÃO

Nem toda a colestase é hepática. Posto isto, após exclusão de causas primárias hepáticas, deve ser considerada a congestão por insuficiência cardíaca como possível etiologia. Isto é particularmente relevante em casos de complexidade diagnóstica, como na amiloidose AL, onde o envolvimento cardíaco pode apresentar-se de forma atípica, dificultando a interpretação de lesão hepática. Este caso pretende mostrar a importância da integração de dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos de forma a evitar diagnósticos incompletos ou enviesados. Particularmente, em casos de complexidade diagnóstica como a amiloidose AL

PO 087

CRISE CONVULSIVA EM DOENTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE QUISTO HIDÁTICO

Maria Leonor R. Jorge Vicente¹; Angélica de Freitas e Lopes²; Catarina Dinis³; Maria Joana Alvarenga²; Isabel Madruga²

1. HOSPITAL EGAS MONIZ

2. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

3. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

CASO CLÍNICO

Introdução

A crise convulsiva pode ser uma manifestação inicial ou tardia de uma lesão ocupante de espaço (LOE) do sistema nervoso central (SNC) que pode corresponder a um tumor ou lesão benigna. No entanto, a crise convulsiva de origem em LOE cerebral é habitualmente precedida de outros sintomas de hipertensão intracraniana mais frequentes, como cefaleias, vômitos, alterações de visão ou de coordenação motora.

Caso clínico

Homem, 49 anos, com história de quisto hidático pulmonar anteriormente excisado, sem outros antecedentes ou hábitos toxicofílicos. Episódio de alteração de estado de consciência com reversão ocular e movimentos tónico-clónicos. No serviço de urgência fez angiotomografia computadorizada crânio-encefálica que mostrou lesão expansiva frontal direita. Realizou serologia para *Echinococcus granulosus* que foi negativa. Durante internamento efetuou ressonância magnética (RM) crânio-encefálica que identificou massa quística multiloculada com necrose, compatível com tumor primário do SNC. Foi intervencionado por Neurocirurgia com excisão completa da lesão, e após análise histológica e imunohistoquímica foi conclusivo para astrocitoma com mutação-IDH grau 4.

Discussão

O astrocitoma IDH mutado grau 4, anteriormente glioblastoma, é um dos gliomas mais frequentes do SNC. O diagnóstico é geralmente feito através de tomografia computadorizada ou RM. O tratamento passa pela excisão cirúrgica seguida de radio e/ou quimioterapia. Contudo, sendo um tumor com frequente invasão de tecido circundante e de comportamento agressivo, o diagnóstico deve ser rápido para evitar disseminação. Assim, este caso clínico revela a importância da abordagem rápida ao doente com crise convulsiva inaugural em contexto de tumor cerebral e a necessidade de celeridade de diagnóstico e tratamento.

CRISE CONVULSIVA INAUGURAL EM DOENTE COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Maria Leonor R. Jorge Vicente; Kristoffer Brustad; Raquel Domingos; Francisco Silva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

CASO CLÍNICO

Introdução

A crise convulsiva inaugural pode ser uma manifestação de uma lesão ocupante de espaço (LOE) do sistema nervoso central (SNC), que pode ser um tumor primário, metastização de outro tumor primário, abscessos ou quistos, sendo que, em doentes com cardiopatia congénita existe um risco aumentado de translocação bacteriana.

Caso clínico: Homem, 30 anos, com história de cardiopatia congénita e poliglobulia secundária, sem hábitos toxicofílicos, sem outros antecedentes. Episódio inaugural de alteração de estado de consciência com movimentos tónico-clónicos associados. No serviço de urgência fez tomografia axial computadorizada (TAC) crânio-encefálica que mostrou uma LOE cortico-subcortical parieto-occipital esquerda com edema associado. Durante internamento realizou colheita de hemoculturas que foram negativas e ecocardiograma transtorácico que não evidenciou vegetações sugestivas de endocardite. Fez também ressonância magnética (RM) que concluiu provável abscesso cerebral. Foi observado por Neurocirurgia que decidiu intervenção cirúrgica com excisão do abscesso, que após cultura foi isolado *Streptococcus intermedius* e *Fusobacterium nucleatum*.

Discussão

Os abscessos cerebrais são achados frequentes em doentes com cardiopatia congénita e, como neste caso, em doente com shunt direita-esquerda e poliglobulia secundária. O diagnóstico é geralmente feito por TAC ou RM. O tratamento é feito com antibioterapia e, se necessário, cirúrgica. No entanto, a cirurgia tem alto risco de disseminação bacteriana. Assim, este caso clínico revela a importância da abordagem ao doente com crise convulsiva inaugural, sem febre ou subida de parâmetros inflamatórios, e de uma discussão multidisciplinar centrada no doente de modo a esclarecer o diagnóstico e tratamento mais adequado.



ENCEFALOPATIA DE WERNICKE: O DIAGNÓSTICO QUE SE ESCONDEU

Adriana Almeida; Sofia Festa; Sara Gomes; Angela Coelho; Bernardo Silvério

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

A encefalopatia de Wernicke é uma emergência neurológica associada a défice de tiamina, frequentemente subdiagnosticada e com apresentação clínica variável, podendo mimetizar outras patologias neurológicas agudas.

Caso clínico

Homem de 50 anos, com história de perturbação de uso de álcool e défice nutricional, recorreu ao SU por quadro de alteração do estado de consciência, ataxia da marcha e desorientação progressiva. O doente apresentava episódios prévios de confusão, perda de memória recente e instabilidade da marcha, com agravamento progressivo ao longo de semanas. Ao exame neurológico, destacava-se desorientação parcial, nistagmo, ataxia truncal com instabilidade postural e marcha de base alargada, sem défices motores focais significativos. A investigação inicial incluiu TC e RM cerebral, sem evidência de lesão vascular aguda, mas com alterações compatíveis com atrofia cerebral e lesões sequelares. Durante o internamento, o doente apresentou anemia macrocítica associada a défice de vitamina B12 e ácido fólico, bem como episódios de confusão e deterioração funcional. O diagnóstico diferencial incluiu acidente vascular cerebral, intoxicação medicamentosa e etiologia tóxico-metabólica. Perante suspeita de encefalopatia de Wernicke, e em decisão conjunta com Neurologia, foi instituída terapêutica com tiamina intravenosa, com posterior transição para via oral, verificando-se melhoria progressiva do estado neurológico e funcional.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da encefalopatia de Wernicke, frequentemente apresentada de forma incompleta e confundida com outras entidades neurológicas agudas. O atraso diagnóstico pode ocorrer devido à ausência da tríade clássica e à sobreposição com outras etiologias como AVC ou intoxicação. O tratamento precoce com tiamina é essencial para reversão clínica e prevenção de défices permanentes.

NEM TUDO É DESIDRATAÇÃO: UMA ALCALOSE METABÓLICA GRAVE COM CAUSA OCULTA

Adriana Almeida; Sofia Festa; Sara Silva; Angela Coelho; Bernardo Silvério

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

CASO CLÍNICO

Introdução: A alcalose metabólica grave associada a vômitos persistentes pode conduzir a distúrbios hidroeletrólíticos e complicações sistêmicas potencialmente fatais. A presença de patologia estrutural gastrointestinal deve ser considerada em casos refratários, nomeadamente uma hérnia paraesofágica.

Caso Clínico

Mulher de 48 anos, com obesidade mórbida (IMC 41,8), hérnia do hiato e litíase vesicular sintomática, recorreu ao serviço de urgência por vômitos pós-prandiais persistentes com várias semanas de evolução, associados a perda ponderal (~10 kg), dor epigástrica e sintomas dispépticos. À admissão apresentava desidratação marcada e hipóxia. A gasimetria inicial revelou alcalose metabólica grave (pH 7,69; HCO_3^- 78,5 mmol/L), associada a hipercapnia compensatória, hipoxemia, hiponatremia, hipocaliemia severa (K^+ 1,8 mmol/L) e hipocalcemia. Analiticamente destacava-se também lesão renal aguda pré-renal (AKIN 2). O estudo imagiológico por TC toraco-abdomino-pélvica revelou hérnia paraesofágica volumosa (~10 cm), com herniação gástrica e zonas de estenose ao nível do orifício herniário, condicionando importante estase gástrica. Foi colocada sonda nasogástrica com drenagem significativa (até 2000 mL), com melhoria clínica progressiva. Instituiu-se correção hidroeletrólítica com normalização progressiva dos parâmetros laboratoriais e melhoria da função renal. Manteve sempre perfil tensional e frequências cardíacas controladas. Evoluiu favoravelmente, com desmame de oxigenoterapia e resolução dos vômitos. Foi encaminhada para consulta de cirurgia esófago-gástrica para correção da hérnia para o hospital de referência com UCI, atendendo às dimensões e risco cirúrgico (obesidade mórbida).

Discussão

Este caso ilustra uma alcalose metabólica grave por perdas gástricas persistentes, com repercussões sistêmicas severas. A presença de hérnia paraesofágica volumosa com obstrução funcional condicionou estase gástrica e vômitos prolongados. O reconhecimento precoce da etiologia estrutural foi essencial para o controlo clínico e estabilização da doente.

O ACHADO CLÍNICO QUE MUDOU O DIAGNÓSTICO

Adriana Almeida; Sofia Festa; Bernardo Silvério; Paulo Bandeira

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

As tumefações subcutâneas isoladas são frequentemente interpretadas como lesões benignas, podendo atrasar o diagnóstico de patologias sistêmicas subjacentes. O linfoma B difuso de grandes células pode, raramente, apresentar-se com envolvimento extranodal insidioso, exigindo elevado grau de suspeição clínica.

Caso clínico

Mulher de 71 anos, autónoma (CFS 3), com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e anemia ferropénica crónica. Desde 2019 com anemia estabilizada (Hb ~12 g/dL) sem causa clara após estudo prévio, incluindo estudo endoscópico sem alterações significativas. Nos últimos 12 meses, verificou-se agravamento progressivo da anemia sem evidência endoscópica de sangramento. Na segunda consulta de seguimento, foi observada tumefação subcutânea indolor no braço esquerdo, sem sinais inflamatórios locais. A ecografia de partes moles demonstrou nódulo ipoecogénico, bem circunscrito e vascularizado, inicialmente sugestivo de adenopatia. Foi realizada biópsia ecoguiada que revelou linfoma B difuso de células grandes, com fenótipo de células B ativadas (não centro germinativo). A doente iniciou tratamento multidisciplinar com quimioterapia R-CHOP seguida de radioterapia, com evolução clínica e hematológica favorável.

Discussão

Este caso destaca a importância de uma abordagem clínica cuidadosa perante lesões subcutâneas aparentemente isoladas, que podem constituir a primeira manifestação de doença hematológica sistémica. O reconhecimento precoce de achados clínicos subtis pode permitir o diagnóstico atempado de patologias como o linfoma B difuso de grandes células, impactando significativamente o prognóstico.

CASO CLÍNICO

Introdução

A bacteriemia é um diagnóstico muito frequentemente encontrado na prática clínica de um internista. De entre os agentes mais comumente isolados, está o *Staphylococcus aureus*, uma bactéria comensal comum mas também um dos principais agentes oportunistas. O seu isolamento em exames culturais pode sugerir a hipótese de endocardite, mas nem sempre é esta a etiologia encontrada.

Caso clínico

Homem, 83 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia. À auscultação com presença de crepitações na base esquerda. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios e radiografia do tórax com consolidação pulmonar. Colheu hemoculturas e ficou internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. No primeiro dia de internamento apresentou agravamento clínico significativo com necessidade de admissão nos cuidados intensivos onde permaneceu durante 3 dias. As hemoculturas positivaram para *Staphylococcus aureus* metilicina sensível (MSSA); foi solicitado ecocardiograma transtorácico que mostrou a presença de estenose aórtica grave, colocando a hipótese de endocardite infecciosa; realizou ecocardiograma transesofágico que foi inconclusivo tendo sido solicitada PET que excluiu a hipótese de endocardite, evidenciando focos de hipermetabolismo intenso em certas áreas pulmonares. Em radiografia do tórax de controlo com extenso derrame pleural esquerdo. Realizou ecografia que mostrou septos móveis dispersos. Foi realizada toracocentese, com saída de líquido pleural compatível com exsudado e características de empiema pelo que foi orientado pela pneumologia.

Discussão

A bacteriemia a MSSA, sobretudo em doentes imunocomprometidos / com múltiplas comorbilidades, pode cursar com complicações significativas. Pode ter diversas etiologias, pelo que o seu diagnóstico precoce e tratamento atempado são fundamentais para uma evolução clínica favorável.

PO 103

BACTEREMIA PRIMÁRIA POR STREPTOCOCCUS DYSGALACTIAE COM MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA: RELATO DE CASO

Francisco Guerra Matos; Rui Jorge Silva; Ricardo Pedrosa; Nicole Moura; Luísa Pinto; Sofia Caridade; Isabel Silva; Margarida Araújo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

CASO CLÍNICO

Introdução

A bacteremia por *Streptococcus dysgalactiae* (SD) é uma entidade clínica grave e com importância crescente, com habitual foco inicial em infecção dos tecidos moles ou faringite. Tem incidência anual que pode chegar aos 16,9 casos por 100.000 habitantes em regiões do Norte da Europa. A sua apresentação enquanto bacteremia primária com exantema é, no entanto, considerada muito rara, não tendo características epidemiológicas estabelecidas.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma doente de 53 anos, com antecedentes de síndrome depressiva e patologia hemorroidária, medicada com fluvoxamina e alprazolam. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, mialgias, cefaleia e rash cutâneo com 5 dias de evolução. Referiu prática de campismo em meio florestal e episódio de sangramento hemorroidário autolimitado recentes, bem como inflamação gengival já avaliada por dentista. Negava odinofagia, náuseas, vômitos, adenomegalias, alteração da medicação, picadas de inseto, ingestão de alimentos de origem não controlada, alergias ou conviventes com sintomatologia semelhante. Ao exame físico apresentava exantema macular pruriginoso disperso pelo tronco e região glútea não confluyente, sem outras alterações. Tinha neutrofilia ligeira de 7.700/ μ L e proteína C reativa de 139,6 mg/L. Foram colhidas hemoculturas e iniciada doxiciclina empiricamente. Após isolamento de SD alterou-se antibioterapia para ceftriaxone e vancomicina, que cumpriu durante 2 dias. De acordo com o antibiograma, descalou-se para penicilina, que cumpriu durante mais 9 dias. Do restante estudo efetuado salienta-se: imunoglobulinas e eletroforese de proteínas séricas normais; anticorpos antinuclear e anticitoplasma de neutrófilo negativos; serologias de sífilis, *Borrelia*, *Coxiella*, *Rickettsia* e víricas negativas; ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem sinais de endocardite; angiotomografia toracoabdominopélvica sem alterações de relevo. Foi ainda avaliada por Estomatologia, tendo sido observados sinais de patologia periapical do dente 26 e periodontal do dente 16, mas sem evidência de abscesso, e orientada para consulta externa de Pequena Cirurgia. Apresentou melhoria clínica e analítica assinaláveis, tendo alta ao fim de 10 dias de internamento.

Discussão

Este caso, para além de mostrar uma manifestação incomum de bacteremia por SD numa doente jovem e sem antecedentes de patologia crónica relevante, relembra-nos da importância da pesquisa rigorosa e multidisciplinar de possíveis focos infecciosos previamente a uma alta segura.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSÍVEL À METICILINA EM PRÓTESE VASCULAR: DESAFIO TERAPÊUTICO

R. Susana Loureiro; Rosário Calado; Francisco Pinheiro; Ana Rita Borges; Catarina Abreu; Filipa Daniela Silva; Isabel Apolinário

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

CASO CLÍNICO

Introdução

A bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) é uma condição clínica grave, associada a elevada morbidade e mortalidade, particularmente em doentes com múltiplas comorbilidades e doença aterosclerótica avançada. A disseminação hematogénea pode originar infeções metastáticas, incluindo espondilodiscite, endocardite e infeção de próteses vasculares - condições de difícil abordagem terapêutica e frequentemente com necessidade de controlo cirúrgico do foco infeccioso. Apresenta-se um caso de bacteriemia por MSSA com disseminação multissistémica, incluindo espondilodiscite lombar e infeção de prótese aorto-iliaca, sem possibilidade de controlo cirúrgico.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 73 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de longa duração e mau controlo metabólico, doença renal crónica e doença aterosclerótica difusa: incluindo doença arterial periférica com stents aorto-iliacos e acidente isquémico transitório prévio. Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia com irradiação bilateral para os membros inferiores, com 1 semana de evolução, associada a dor abdominal, alterações do trânsito intestinal e sintomas urinários baixos. Ao exame objetivo, apresentava sinais inflamatórios do membro inferior esquerdo e dor à palpação hipogástrica. Analiticamente: leucocitose (20.400/ μ L), proteína C reativa (PCR) 276 mg/L e agravamento da função renal (creatinina 2.4 mg/dL). Imagiologicamente: Tomografia computadorizada (TC) lombar com suspeita de espondilodiscite; TC do membro inferior esquerdo evidenciou celulite da coxa esquerda sem coleção abcedada. Foi internado com diagnóstico de celulite e suspeita de infeção vertebral, sendo instituída antibioterapia empírica. Ao 2º dia de internamento, as hemoculturas revelaram crescimento de MSSA. Confirmação de espondilodiscite lombar (L4–S1), evidência imagiológica de envolvimento dos tecidos moles paravertebrais, extenso processo infeccioso multifocal, com envolvimento intracanal, nomeadamente subdural com deformação do saco tecal, com alterações que se podem enquadrar no síndrome de cauda equina; suspeita de infeção de prótese aorto-iliaca com pseudoaneurisma/endoleak e trombose venosa profunda da veia ilíaca comum esquerda. Com uma evolução desfavorável por: agravamento da função renal (Cr até 5.1 mg/dL); lesões cutâneas sugestivas de embolização séptica e progressão infecciosa apesar de antibioterapia (cefazolina + daptomicina). Em contexto multidisciplinar, concluiu-se impossibilidade de controlo cirúrgico do foco infeccioso. Verificou-se evolução para falência multiorgânica progressiva e, perante sofrimento refratário, foi instituída abordagem paliativa, com sedação para controlo sintomático.

Discussão

A bacteriemia por *Staphylococcus aureus* tem alto risco de disseminação, exigindo pesquisa de focos metastáticos. A infeção de próteses vasculares tem elevada mortalidade; sem cirurgia, não há controlo do foco. A persistência da infeção indica doença extensa com falência multiorgânica. O caso reforça reconhecer precocemente a irreversibilidade e priorizar controlo sintomático, respeitando a autonomia do doente.

QUANDO A TIROIDE FALHA QUEM SOFRE É O CORAÇÃO

Daniela Diniz; Ana Lúcia Rosário; Mariana Ruão; Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso; Manuel Xavier; Gonçalo Durão-Carvalho; Nuno Pinheiro; Joana Louro

CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DAS CALDAS DA RAINHA

CASO CLÍNICO

Introdução

As hormonas tiroideias desempenham um papel crucial na regulação da atividade cardíaca, vascular e metabólica. A monitorização da função tiroideia está recomendada pelas European Society of Cardiology e pela American Heart Association em doentes com insuficiência cardíaca (IC) devido ao impacto significativo na função cardíaca.

Caso clínico

Doente de 64 anos, sexo masculino, recorre ao serviço de urgência (SU) por astenia marcada com 3 meses de evolução, edema dos membros inferiores, com agravamento na última semana. Trata-se de doente com antecedentes de carcinoma da glote submetido a radioterapia em 2012 e história de abuso crónico de álcool e tabagismo até ao mês prévio à vinda ao SU. Da observação, destaca-se a ausência de murmúrio vesicular no 1/3 inferior direito e na base esquerda e edema simétrico dos membros inferiores até à raiz da coxa. Na radiografia tórax e na ecografia à cabeceira, identificou-se derrame pleural bilateral, porém maior à direita. O ecocardiograma identificou um ventrículo esquerdo (VE) muito dilatado com paredes não hipertrofiadas, fração de ejeção do VE (FEVE) <30%. Analiticamente: NT-proBNP 25586pg/ml e TSH 20.09 mUI/L. A cintigrafia de perfusão miocárdica evidenciava extenso defeito de perfusão com padrão sugestivo de necrose apical. Trata-se de um doente com diagnóstico inaugural de IC, descompensada em perfil B, e hipotireoidismo secundário a radioterapia cervical. Iniciou-se levotiroxina, terapêutica diurética e modificadora de prognóstico, com progressiva melhoria dos sintomas.

Discussão

Este caso clínico explora a apresentação de um paciente com IC onde o hipotireoidismo grave foi o fator desencadeante da descompensação, lembrando a relevância da monitorização da função tiroideia nos doentes com insuficiência cardíaca.



QUANDO A PELE REVELA INCERTEZA: ERITEMA MULTIFORME MAJOR

Helena Estêvão Pereira¹; Inês Santos Graça¹; Beatriz Lima Andrade¹;
Tomás Bragança Ribau²; Sara de Sousa¹; Pedro Andrade¹; Ana P. Ferro¹

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

Introdução

O eritema multiforme major (EMM) é uma dermatose imunomediada aguda, frequentemente associada a infeção por vírus herpes simplex (VHS) ou fármacos. A identificação do fator precipitante é fundamental para prevenir recorrências, mas nem sempre é possível apesar de investigação dirigida.

Caso clínico

Mulher, 31 anos, sem antecedentes médicos passados, recorreu ao Serviço de Urgência por exantema maculopapular pruriginoso, de disseminação caudo-cranial, com 4 dias de evolução, associado a febre (38,5°C). Ao exame objetivo: lesões em alvo típicas e atípicas, confluentes no tronco e face, com envolvimento labial e erosões orais focais. Analiticamente apresentava PCR 20 mg/L, VS 30 mm/1ªh, sem citopenias ou disfunção orgânica. Estudo infeccioso alargado negativo, incluindo PCR para VHS 1/2 em exsudado de lesão, serologia com IgG positiva para VHS-1. De salientar, toma de fitoterapia chinesa desde há 5 meses, de composição desconhecida, suspensa após admissão. Biópsia cutânea revelou degenerescência hidrópica basal e infiltrado linfocitário com eosinófilos, compatível com reação toxicodérmica. Iniciou prednisolona 50 mg e aciclovir oral, com melhoria progressiva e resolução completa das lesões em 4 semanas.

Discussão

Este caso ilustra um EMM febril com envolvimento mucoso, sem fator desencadeante inequívoco após investigação extensiva. A positividade para IgG VHS-1 pode traduzir infeção prévia, não confirmando reativação ativa. A exposição a fitoterápicos de composição desconhecida levanta a hipótese de reação medicamentosa, frequentemente subvalorizada na anamnese. Salienta-se a importância de questionar produtos não convencionais e de manter vigilância clínica, dada a possibilidade de recorrência e a dificuldade em estabelecer causalidade definitiva.

PO 115

HIPOCALÊMIA GRAVE RECORRENTE: O DIAGNÓSTICO ALÉM DO METABÓLICO

Ana Laura Costa¹; Helena Estevão-Pereira²; Bárbara Barreto Laczkovits²; Fátima Leal-Seabra²

1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

CASO CLÍNICO

Introdução

A hipocalémia é um distúrbio frequente cuja etiologia é variada. Pode ser assintomática ou causar arritmias graves, sendo essencial a sua identificação e correção.

Caso clínico

Mulher de 39 anos, fumadora, com perturbação da personalidade e obstipação crónica desde os 15 anos, com aumento progressivo do consumo de laxantes. Instituída, por iniciativa própria, ingestão hídrica de 3L/dia, reforço de alimentos ricos em fibra e terapêutica laxante (sene, bisacodilo e linaclotida).

Iniciou seguimento em consulta de medicina interna, há 2 anos, por parestesias nos membros inferiores e face, câimbras e palpitações. Desde há 1 ano com agravamento da obstipação (1 dejeção a cada 8 dias), náuseas, vômitos alimentares e dor abdominal em cólica que motivaram vários episódios de urgência onde se documentou hipocalémia grave. Na consulta, objetivado baixo peso (IMC 17.4 kg/m²) e parca colaboração. Analiticamente, apresentava K⁺ 2.6 mEq/L, renina e aldosterona elevadas. Eletrocardiograma sem alterações de relevo. A tomografia abdominal revelou moderada distensão cólica e a endoscopia alta mostrou duodenite crónica inespecífica ligeira.

Assumido contributo de uso crónico de laxantes, pelo que se sugeriu redução de terapêutica laxante e suplementação de potássio. Inicialmente com postura combativa em relação à proposta, mas com posterior aceitação do plano – suspendeu linaclotida, realizou suplementação de potássio oral e iniciou espironolactona 50 mg/dia, com melhoria clínica e analítica. Meses depois, retomou laxantes e chás drenantes surgindo novamente com hipocalémia grave (2,0 mEq/L) e subsequente perda de seguimento.

Discussão

Este caso descreve uma provável diarreia factícia no contexto de anorexia nervosa, suportada pelo baixo peso, fraca adesão terapêutica, recusa em reduzir laxantes e preocupação com a imagem corporal. Destaca a complexidade da hipocalémia e a importância de uma história clínica detalhada e abordagem holística do doente.

PO 116

UM CASO CLÍNICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: DESMASCARAR O REAL CULPADO

Miguel Simões Rodrigues; Ana Glória Fonseca; Maria Francisca Delerue

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

CASO CLÍNICO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma patologia caracterizada por perda sanguínea no tubo digestivo alto até ao ângulo de Treitz, correspondendo a cerca de 75% das hemorragias do trato digestivo. Pode manifestar-se por hematemeses, melenas ou ainda hematoquésias nas HDA de alto débito. A etiologia é diversa sendo as mais comuns a úlcera péptica ou a rotura de varizes esofágicas.

Trata-se de um homem de 71 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, fibrilhação auricular paroxística anticoagulada com dabigatrano, cardiopatia isquémica e doença arterial periférica, ex-fumador com 40 unidades maço-ano. No serviço de urgência referiu história de maior cansaço desde há algumas semanas, agravado nos dias anteriores e associado a dispneia, fezes escuras (medicado com ferro oral) e perda ponderal de cerca de 15 kg que associou ao início de toma de análogo do GLP-1. Admitido no serviço de urgência por episódio de lipotímia. Exame objectivo a salientar apenas taquicardia e mucosas descoradas. Análises à admissão com hemoglobina 4.4 (normocítica/normocrómica), INR 1.48, sem alterações da função renal ou iónicas, transaminases dentro dos valores da normalidade. Internado para estudo dada suspeita de HDA, iniciou inibidor bomba protões em dose máxima e realizou suporte transfusional para hemoglobina alvo superior a 8. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou neoplasia gástrica do antro com extensão à pequena curvatura suboclusiva. Realizou tomografia computadorizada de estadiamento evidenciando-se neoplasia gástrica sem envolvimento da serosa, com envolvimento ganglionar local, sem doença à distância. Analiticamente marcadores tumorais com CA 19.9 de 4.6 UI/mL e CEA 1.1 ng/mL. Avaliado por cirurgia geral (CG), com indicação para gastrectomia, sendo encaminhado para consulta de CG e oncologia médica. Já submetido a gastrectomia subtotal e iniciado quimioterapia adjuvante com boa evolução clínica, e mantendo seguimento nas consultas referidas.

A HDA é uma patologia com um largo espectro etiológico, algumas com risco imediato para a vida, mas na maior parte das vezes com uma apresentação clínica frustrante. Nessas situações, como nos salienta este caso clínico, deverá ser realizada uma boa história clínica para uma adequada, célere e dirigida abordagem diagnóstica e terapêutica.

QUANDO NÃO É APENAS UM SIMPLES QUISTO HEPÁTICO

Miguel Simões Rodrigues; Ana Glória Fonseca; Maria Francisca Delerue

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

CASO CLÍNICO

A equinococose é comum em sociedades onde predominam a agricultura e a criação de gado, sendo um problema de saúde pública. As opções terapêuticas dependem das características do quisto, do doente e da presença de contraindicações cirúrgicas.

Trata-se de um homem de 46 anos, sem antecedentes pessoais nem medicação habitual, natural do Afeganistão, em Portugal há 18 anos e sem viagens recentes há anos. Admitido no serviço de urgência por dor no hipocôndrio direito com exame de imagem a denotar quisto hepático de grandes dimensões, tendo sido internado para estudo. Analiticamente sem alteração das transaminases ou colestase hepática, serologias virais negativas e parâmetros inflamatórios negativos. Realizou ressonância magnética que documentou quisto hepático no segmento IVa com 53mm de maior diâmetro e com parede calcificada já visível em TC prévia levantando a suspeita de se tratar de quisto hidatídico. Dadas características a evidenciar eventual inatividade optou-se por iniciar albendazol bidário e encaminhado para consulta de Infecção onde realizou drenagem após 2 semanas de tratamento com isolamento de *Echinococcus granulosus*, confirmando o diagnóstico. Realizou 6 meses de tratamento, que foi suspenso por alterações das provas de coagulação e aguarda exame de imagem de reavaliação, para equacionar eventual abordagem cirúrgica.

Os autores apresentaram este caso com intuito de lembrar os possíveis diagnósticos diferenciais dos abscessos hepáticos, principalmente de doentes de regiões endêmicas de equinococose para uma abordagem diagnóstica e terapêutica atempada, sendo a técnica de aspiração com drenagem em quistos de transição ou inativos uma opção viável e minimamente invasiva, previamente à abordagem cirúrgica quando indicada.



PO 118

A HABITUAL, MAS ATUALMENTE INESPERADA, EVOLUÇÃO NATURAL DE UMA INFECÇÃO CRÓNICA POR HEPATITE B

Miguel Simões Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

CASO CLÍNICO

O carcinoma hepatocelular (CHC) é o nono cancro mais frequente em Portugal, representando o principal cancro primário do fígado, prevalência de 75%. É mais frequente nos homens e tem como principais fatores de risco o vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite C (VHC). Acredita-se que no futuro a etiologia viral vá perder o seu lugar como principal para a doença hepática gorda não alcoólica devido ao aumento da incidência desta etiologia na população mundial.

Trata-se de um doente de 57 anos, seguido em consulta de Medicina Interna com antecedentes patológicos de tuberculose ganglionar tratada em 2017 e hepatite B crónica já tratada no passado mantendo carga viral (CV) flutuante e com elastografia F3 compatível com DHC. Admitido na urgência por dor ligeira tipo moínha no hipocôndrio direito com algumas semanas de evolução, negava febre, náuseas, vômitos, diarreia ou sintomas constitucionais. No exame objectivo à admissão destacava-se abdómen doloroso no hipocôndrio direito com fígado palpável 2 dedos abaixo do rebordo costal. Analiticamente à admissão com anemia normocítica/normocrómica, plaquetas 319000, leucocitose de 16000, creatinina 1.9, AST 52, ALT 79, GGT 292, FA 188, bilirrubina 0.7, PCR 19, sem coagulopatia. Do restante estudo salienta-se serologia HIV e HVC negativas, VS 120 mm/1ª hora, hipoalbuminémia, antígeno HBs positivo, anticorpo HBs, HBc e HBe positivos com CV 28354 UI/mL para VHB, e alfafetoproteína > 60500. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdómino-pélvica que documentou volumoso carcinoma hepatocelular de tipo infiltrativo envolvendo grande parte do lobo direito do fígado, com extensão venosa tumoral envolvendo os ramos esquerdo e direito da veia porta bem como o seu segmento extra-hepático com presença de circulação venosa colateral. Encaminhado para consulta de hepatologia oncológica, tendo iniciado terapêutica com entecavir e sorafenibe. Desenvolveu toxicidade à imunoterapia e foi reinternado por acute on chronic liver failure tendo evoluído desfavoravelmente.

Este caso clínico destaca a importância da monitorização frequente de todos os doentes com hepatite B crónica, que apesar de tratada, implica um risco aumentado em cerca de 1/5 a 1/4 de vir a desenvolver CHC em relação à população geral.

APENAS UMA DOR LOMBAR, OU SERÁ ALGO MAIS?

Miguel Simões Rodrigues; Ana Glória Fonseca; Maria Francisca Delerue

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

CASO CLÍNICO

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, é mais comum nos homens e é a segunda neoplasia hematológica mais comum.

Homem de 50 anos, saudável, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, professor de natação. Admitido no serviço de urgência por lombalgia que assumiram tratar-se de ciatalgia 1 semana antes. Readmitido por manutenção de dor sem melhorar com analgesia e que piorava com a extensão de ambos os membros inferiores e de maior intensidade no sacro, de características atípicas para uma ciatalgia. Analiticamente com hiperproteinémia, sem outras alterações e realizou exame de imagem a demonstrar diversas lesões líticas na coluna lombar e sacro, a maior de cerca de 3 cm. Internado para estudo tendo realizado eletroforese de proteínas que demonstrou pico monoclonal na fração gama com IgG de 3.9 gramas, cadeia leve kappa 1300 com ratio cadeias leves livres de 7.13, Beta-2 microglobulina no limite superior do normal e proteína de Bence Jones positiva. Avaliado por hematologia que solicitou biópsia de lesão sagrada com histologia compatível com MM. Sem lesões líticas em outras localizações. Sem disfunção renal, hipercalcémia ou anemia. O medulograma foi compatível com o diagnóstico e a imunofenotipagem de sangue medular isolou 14.7% de plasmócitos. Encaminhado para consulta de Hematologia onde iniciou terapêutica dirigida com melhoria do quadro clínico e atualmente com proteína m inferior a 3 gramas. Mantém seguimento em consulta de dor por dor pouco controlada.

Os autores destacam este caso para demonstrar que uma simples dor lombar pode levar a diagnósticos mais complexos e que devemos estar alerta e confiar no nosso senso clínico e realizar mais investigação em urgência quando o quadro clínico não é linear, podendo levar a diagnósticos atempados que modificam o prognóstico a longo prazo.



PO 121

ENTRE A PÚRPURA E A PARESTESIA: FIO INVISÍVEL DA IGA

Ana Gabriela Paupério; Alexandra Machado; Rita Costa; Mónica Brinquinho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ENTRE DOURO E VOUGA

CASO CLÍNICO

A vasculite por imunoglobulina A (IgA) é imunomediada e associada à deposição de IgA, acompanhada de deposição de complemento e recrutamento de neutrófilos. Embora sejam reconhecidos vários desencadeantes infecciosos e químicos, a causa subjacente permanece desconhecida.

É uma doença infantil, menos comum nos adultos, tipicamente autolimitada, apresentando, contudo, pior desfecho renal nestes. Caracteriza-se por púrpura palpável ou petéquias, com predominância nos membros inferiores e sem trombocitopenia nem coagulopatia, artrite/artralgia, dor abdominal, doença renal e vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com deposição predominante de IgA. Há, contudo, registos de envolvimento do sistema nervoso central e periférico, incluindo cefaleias, convulsões, encefalopatia, défices neurológicos focais, ataxia, hemorragia intracerebral e neuropatia central e periférica. O diagnóstico é baseado nas manifestações clínicas e confirmado com biópsia de um órgão (pele ou rim). Mulher de 47 anos recorreu à urgência por dor e formigueiro na perna esquerda com agravamento e progressão para o membro inferior direito desde há 1 semana, evoluindo com diminuição de força nos membros inferiores e aparecimento de máculas purpúricas, que não desaparecem à digitopressão, em toda a extensão dos membros inferiores. Ao exame neurológico apresentava dor intensa à mobilização e diminuição da força dos membros inferiores, hipostesia à picada no terço proximal das pernas bilateralmente e erros na discriminação toque/picada nos pés bilateralmente. Não tolerou a pesquisa de clonus por dor. Analiticamente com ligeira elevação da velocidade de sedimentação e proteína c reativa; sem outras alterações. Admitida na unidade de cuidados intermédios para melhor vigilância. Iniciado tratamento com corticoterapia sistémica, após realização de biópsia de pele que mostrou vasculite leucocitoclástica com depósitos de imunoglobulina A.

Evolução com resolução das lesões purpúricas e melhoria dos défices, tendo ingressado, posteriormente, num programa de reabilitação.

Este caso clínico ilustra o desafio da abordagem de manifestações clínicas menos típicas, reforçando a importância da avaliação integrada do doente e da marcha diagnóstica.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL POR ENDOCARDITE INFECIOSA A ESCHERICHIA COLI

Diana Sousa Almeida; Ana Gomes; Lénea Porto; Ana Abreu Nunes; Inês Pires; Inês Roseta; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES, EPE - HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO

CASO CLÍNICO

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode constituir a manifestação inicial ou a tradução clínica de uma doença sistémica subjacente, nomeadamente de etiologia infecciosa como é o caso da Endocardite Infecciosa (EI). A embolização séptica para a circulação cerebral pode levar a enfarte cerebral, formação de aneurismas micóticos ou vasculite infecciosa e subsequente hemorragia intracraniana. A *Escherichia coli* é uma causa rara de endocardite, sendo responsável apenas por aproximadamente 0,5% dos casos de EI.

Descrição do caso

Mulher de 69 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e prótese valvular aórtica mecânica sob anticoagulação com varfarina. Foi admitida na enfermaria de medicina interna por quadro aparente de infeção respiratória e disfunção cardiovascular. Foi iniciada antibioterapia empírica com levofloxacina. As hemoculturas colhidas à admissão revelaram crescimento de *Escherichia coli*. No início do internamento desenvolveu um quadro de sépsis com disfunção multiorgânica transitória e ao 9.º dia apresentou dor torácica súbita e alteração do estado de consciência e confusão mental. Realizou tomografia computadorizada crânioencefálica que revelou hematoma intraparenquimatoso parietal direito de novo, motivando transferência para unidade de AVC. Na unidade de AVC perante bacteriémia documentada e febre persistente, foi pedida a realização de ecocardiograma transesofágico que demonstrou espessamento da válvula mitral, condicionando insuficiência mitral severa, além de imagem na prótese aórtica compatível com vegetação. Foi estabelecido o diagnóstico de EI com início de antibioterapia dirigida com ceftriaxone e ciprofloxacina e transferência para a Cardiologia.

Discussão

O AVC hemorrágico constitui uma complicação neurológica grave da EI associada a elevada mortalidade, sendo fundamental a identificação precoce da etiologia para adequada orientação terapêutica. Este caso reforça a importância da suspeita de EI em doentes com bacteriémia e próteses valvulares (mesmo com agentes raros de causarem EI), bem como da vigilância de complicações neurológicas. A necessidade de hipocoagulação associada à válvula protésica acrescentou complexidade à gestão clínica exigindo cuidadosa ponderação entre o risco hemorrágico e trombótico.

CELULITE POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS: UMA APRESENTAÇÃO RARA E POTENCIALMENTE GRAVE

Ana Sofia Tavares; Mariana Sant'ana; Pryangka Viana Martins; Heloísa Ribeiro; Rita Soares Costa

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO - SMF

CASO CLÍNICO

O *Clostridium perfringens* é um bacilo gram positivo, anaeróbico, frequentemente associado a infecções graves dos tecidos moles de rápida progressão e elevada morbidade. A sua apresentação como celulite é incomum, o que pode atrasar o seu reconhecimento.

Homem de 79 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por sinais inflamatórios progressivos no antebraço esquerdo, com três dias de evolução e ponto de partida em lesão após picada em arame de videira. Referia, adicionalmente, quadro de diarreia e vômitos, com uma semana de evolução. Tinha antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia e doença pulmonar obstrutiva crónica. À admissão encontrava-se apirético, hipotenso (PA 98/59mmHg), com celulite extensa na região externa do antebraço esquerdo, com múltiplas flictenas, uma delas com perda de integridade cutânea e drenagem de conteúdo seropurulento. Do estudo inicial, destaca-se elevação da proteína C reativa (PCR 158,5mg/dL) e lesão renal aguda AKIN 2 (creatinina 2,5mg/dL). A gasimetria arterial mostrou insuficiência respiratória tipo 1, sem outras alterações. Do restante estudo, a referir ecografia renovesical sem evidência de obstrução e radiografia torácica sem alterações de relevo. Foram colhidas hemoculturas, tendo o doente sido posteriormente internado com diagnóstico de sépsis com ponto de partida em celulite do antebraço esquerdo, iniciando antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e fluidoterapia. Às 48 horas, por agravamento dos sinais inflamatórios, realizou ecografia do membro: sem evidência de complicações locais e foi avaliado por Cirurgia Geral com drenagem de flictenas purulentas que apresentava. As hemoculturas revelaram crescimento de *Clostridium perfringens*, assumido como agente causal do quadro apresentado. Durante o internamento, o doente completou 14 dias de antibioterapia eficaz, apresentando resolução das disfunções orgânicas e melhoria significativa da lesão cutânea do antebraço (sob cuidados de penso), sem evidência de mionecrose ou necessidade de intervenção cirúrgica invasiva.

A celulite por *Clostridium perfringens* é uma apresentação rara, podendo associar-se a sépsis mesmo na ausência de mionecrose. Este caso destaca a importância da identificação de potenciais portas de entrada, nomeadamente através de uma anamnese dirigida, bem como da reavaliação clínica perante ausência de resposta à terapêutica empírica, devendo ser considerados agentes menos frequentes.

A DOR TORÁCICA QUE SE RECUSOU A SER CARDÍACA

Isabel Novo; Margarida Silva; Filipa Guedes; Alexandra Azevedo; Rita S Xavier; Carla Melo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MÉDIO AVE

CASO CLÍNICO

Introdução

A dor torácica é um dos motivos de admissão mais frequentes no Serviço de Urgência, transversal a múltiplas patologias com graus de gravidade muito distintos. O seu espectro é vasto: da costochondrite ou Síndrome de Tietze, condições benignas e autolimitadas, à dissecção aórtica, tromboembolismo pulmonar ou síndrome coronário agudo (SCA), patologias potencialmente fatais que exigem atuação imediata. Esta transversalidade comum torna a sua abordagem num desafio exigente: a apresentação clínica sobrepõe-se entre diagnósticos, a anamnese é frequentemente inespecífica e o erro pode ter consequências graves em ambos os sentidos: por excesso ou por defeito. Excluir doença grave é o primeiro passo, mas não o último. A troponina de alta sensibilidade (TropI-hs), pilar nessa exclusão, perde especificidade na doença renal crónica (DRC) avançada: cinéticas lentas por lesão não-isquémica podem mimetizar elevação de marcadores, induzindo investigação invasiva não isenta de risco.

Caso Clínico

Homem, 62 anos, com HTA, DM2, DRC estadio IV e doença coronária multivaso revascularizada (2018), recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica em aperto no hemitórax esquerdo 8 horas de evolução. O eletrocardiograma demonstrava um infradesnivelamento tênue do ST em V4-V6, sobreponível a exame prévio. A TropI-hs apresentava-se aumentada mas com uma cinética lenta (118→176→134 pg/mL). Associadamente, uma lesão renal aguda sobre DRC, com um pico máximo de creatinina de 3,8 mg/dL, sem outras alterações analíticas relevantes. Realizou um ecocardiograma a demonstrar função preservada e sem alterações segmentares da contratilidade e uma coronariografia sem lesões de novo. Pela persistência da dor e após estudo exaustivo da patologia cardíaca, prosseguiu-se com tomografia computadorizada (TC) de tórax que revelou espessamento focal da cartilagem costosternal com edema periarticular extenso, compatível com Síndrome de Tietze. Instituída de imediato terapia anti-inflamatória com melhoria progressiva e recuperação funcional após apenas 3 dias de tratamento.

Discussão

Este caso ilustra que excluir doença grave é o primeiro passo essencial, mas o estudo da etiologia continua exaustivamente. Existem vários mimetizadores de SCA, e a TropI-hs exige leitura crítica pela cinética, antecedentes do doente e contexto clínico, evitando procedimentos invasivos como a coronariografia, cujos riscos são significativos. Excluída causa cardíaca, o raciocínio não deve cessar: tratar o doente como um todo exige continuar a investigar. O Síndrome de Tietze, condição inflamatória benigna da junção costosternal, permanece subdiagnosticado quando outros diagnósticos chave dominam o pensamento clínico. O diagnóstico precoce é determinante para evitar procedimentos desnecessários, mas sobretudo para restituir o bem-estar, aliviar a dor e preservar a qualidade de vida do doente, evitando complicações futuras.

MASSA AURICULAR DIREITA EM DOENTE COM SUSPEITA DE NEOPLASIA RENAL

Inês Margarida Brito¹; Márcio Guilherme Bastos¹; Ivo Moreira Fernandes²; Ana Patrícia Freitas²; Mafalda Petrucci Presunto²; Verónica Guiomar²

1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

CASO CLÍNICO

Introdução

As massas auriculares apresentam etiologias diversas, incluindo tumores primários benignos e malignos, trombos, vegetações infecciosas e variantes anatómicas. São mais prevalentes à esquerda, sendo as direitas habitualmente achados incidentais. Massas na dependência da veia cava inferior (VCI), podem causar uma obstrução intermitente ao fluxo venoso e condicionar congestão venosa e edema dos membros inferiores.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 88 anos, com fatores de risco vascular (dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade) e doença renal crónica. Trazido pelos familiares à urgência por prostração, febre, dor lombar e edema dos membros inferiores. Analiticamente, a salientar subida ligeira dos parâmetros inflamatórios, NT-ProBNP elevado (1144 pg/ml) e leucocitúria. TC abdominopélvico revelou uma lesão nodular exofítica no rim direito, com 54mm de eixo axial, suspeita de neoformação. No internamento, perante sinais exuberantes de hipervolemia, realizou ecocardiograma para esclarecimento que mostrou fração de ejeção biventricular preservada e massa hiperecogénica com superfície irregular, de grandes dimensões, no interior da aurícula direita com origem na VCI e compromisso do fluxo. Colocada a hipótese de se tratar de trombo ou massa neoplásica. Dado risco tromboembólico iniciou hipocoagulação. Apesar da melhoria analítica inicial, evolução clínica desfavorável com evolução para anúria e disfunção multiorgânica subsequente.

Discussão

Este caso sublinha que, perante massas auriculares direitas, deve ser considerada a possibilidade de se tratar de um evento paraneoplásico e que sinais de congestão desproporcionais à função sistólica devem alertar para possíveis causas obstrutivas.

PO 135

PARA ALÉM DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: QUANDO A VISÃO HOLÍSTICA REDEFINE O DIAGNÓSTICO

Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Maria João Costeira; Cleide José Maria;
Pedro Jordão de Freitas; Pedro Martins Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

CASO CLÍNICO

Introdução

Na prática clínica, a dispneia em idosos é frequentemente atribuída à insuficiência cardíaca (IC), sem uma avaliação abrangente de outras causas. A sobreposição sintomática entre IC e doenças respiratórias exige uma abordagem clínica atenta. Este caso realça a importância de uma abordagem global ao doente, destacando, como um diagnóstico assumido de IC descompensada mascarava, na verdade, uma causa respiratória crónica. Caso clínico: Doente do sexo feminino de 83 anos. Como antecedentes pessoais, apresenta hipertensão arterial essencial, escoliose e IC sem estratificação recente (último ecocardiograma transtorácico de 2011). Múltiplas idas ao serviço de urgência (SU), com internamentos subsequentes na Medicina Interna (5 internamentos em 12 meses), assumindo-se o diagnóstico de IC descompensada com insuficiência respiratória (IR) tipo 2. Foi posteriormente referenciada à consulta externa de IC de Medicina Interna. A avaliação integrada do processo revelou níveis persistentemente baixos de NT-proBNP (≈ 200 pg/mL) e presença de uma escoliose torácica evidente. A revisão do processo permitiu identificar uma espirometria de 2011 que documentava um padrão restritivo grave. Perante o contexto clínico e funcional, foi iniciado suporte ventilatório com ventilação não invasiva (VNI) noturna, com boa adaptação e resolução da sintomatologia, sem novas agudizações até ao momento. Discussão: Este caso reforça a importância de reavaliar o diagnóstico de IC perante uma resposta à terapêutica dirigida insatisfatória. Em doentes com dispneia, especialmente em idosos, o NT-proBNP revela-se um marcador útil na distinção entre causas cardíacas e não cardíacas. Por outro lado, alterações estruturais como a escoliose podem causar patologia pulmonar restritiva com apresentações semelhantes à IC. Por último, este caso demonstra também a importância da interpretação crítica de dados antigos para uma redefinição diagnóstica adequada.



PO 138

MIOPATIA INFLAMATÓRIA IMUNOMEDIADA – RELATO DE UM CASO DESAFIANTE

Beatriz L. Andrade; Filipa Trigo; Ana Luísa Nunes; Vasco Barreto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

As miopatias inflamatórias imunomediadas constituem um grupo de doenças autoimunes sistêmicas raras, caracterizadas por inflamação imunomediada do músculo esquelético. Classicamente, manifestam-se por fraqueza muscular progressiva, mialgias, elevação de enzimas musculares, positividade para autoanticorpos específicos, alterações características na eletromiografia e infiltrado inflamatório na biópsia muscular. Contudo, a diversidade de fenótipos clínicos e a sobreposição com outras patologias tornam, muitas vezes, o seu diagnóstico um desafio clínico.

Doente do sexo feminino, de 65 anos, com antecedentes de vitiligo, apresentou clínica insidiosa de mialgias incapacitantes na região gemelar, associadas a febre, hipersudorese e polaquiúria, com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo, verificada dor à palpação do terço inferior do músculo vasto lateral direito, sem défice de força. Do estudo, destacou-se anemia normocítica (Hb 10,9g/dL) e síndrome inflamatória (PCR 340 mg/L, VS 75 mm/h, leucocitose 11460/uL, hiperferritinemia ~1000ng/mL). A TC-TAP revelou espessamento do urotélio sugestivo de pielite bilateral, mas o exame sumário de urina não mostrava sedimento ativo e a urocultura foi negativa. Porém, foi instituída antibioterapia de largo espectro, sem resposta clínica e analítica favoráveis. Progredido estudo etiológico exaustivo, que excluiu causas infecciosas (com exames culturais e serologias negativas), neoplásicas (TC-TAP sem massas suspeitas, PET sem captação anómala e eletroforese de proteínas sem pico monoclonal), metabólicas e iatrogénicas. Colhido estudo imune, que ficou em curso. Durante o internamento, verificou-se resolução gradual dos sintomas e da inflamação sistémica de forma espontânea, tendo tido alta orientada para consulta de Medicina Interna.

Em ambulatório, documentada positividade para o anticorpo anti-cN1A, sem consumo de complemento. Solicitada RM muscular que demonstrou hipersinal difuso em T2 e edema nos compartimentos musculares da coxa e perna, bilateralmente (vasto lateral, semimembranoso e curto peroneal). Realizada biópsia muscular, cuja histologia mostrou raros macrófagos (CD68+) dispersos no perimísio e um agregado de linfócitos, predominantemente de células T (LCA+, CD3+ e CD20-). Assumida miopatia inflamatória imunomediada, encontrando-se a doente em vigilância clínica ativa, sem terapêutica dirigida, dada ausência de sintomatologia.

Este caso destaca a complexidade diagnóstica das miopatias inflamatórias imunomediadas, que podem apresentar-se de forma atípica, mimetizando quadros infecciosos. O diagnóstico final só foi possível através da persistência na investigação etiológica e da utilização de exames dirigidos. De referir ainda que o anticorpo anti-cN1A tem especificidade elevada e sensibilidade moderada para miosite de corpos de inclusão, apesar da ausência de vacúolos orlados ou corpos de inclusão na biópsia muscular.

DA INFECÇÃO URINÁRIA AO MIELOMA MÚLTIPLO

Selma Mulemba Baptista¹; Beatriz Ia Féria²; Margarida Vieira Martins¹; Maria Margarida Marques¹; Ana João Gonzaga¹; Patrícia Cláudio Ferreira¹; Olinda Sousa Caetano¹; Margarida Monteiro¹; Maria Rosário Araújo¹

1. HOSPITAL DE BRAGA

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma doença caracterizada pela proliferação de plasmócitos clonais na medula óssea, presença de proteína monoclonal no soro ou urina e dano no osso, rim e sangue. Homem de 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e quatro infeções urinárias nos quatro meses prévios. Internado em Medicina Interna por pielonefrite aguda direita. Analiticamente apresentava anemia macrocítica (Hb 10,4 g/dL; VGM 96,5 fL), trombocitose ligeira, creatinina 1,1 mg/dL, cálcio total normal, sem distúrbios eletrolíticos e LDH normal. No estudo imagiológico realizado para avaliar complicações da infeção urinária, a tomografia computadorizada abdominopélvica revelou nódulo hipervascular renal de 15 mm, sem alterações ósseas (orientado em consulta de Urologia). A eletroforese das proteínas séricas demonstrou um pico monoclonal na fração gama, com doseamento de imunoglobulinas (Ig) G elevado (6113 mg/dL) e diminuição das IgA e IgM, aumento das cadeias leves livres kappa séricas com aumento do rácio kappa/lambda e pico IgG/kappa na imunoeletroforese. A tomografia por emissão de positrões evidenciou focos de hipercaptação na terceira e quinta costelas à direita e na medula da região proximal do fémur direito, achados inespecíficos que não excluem infiltração por MM. Observou-se ainda foco de captação aumentada na zona periférica esquerda do terço médio da próstata de significado incerto. O estudo da medula óssea revelou 13.4% de plasmócitos no mielograma, com cariótipo 46XY (t8,14,21), confirmando o diagnóstico de Mieloma Múltiplo IgG/Kappa. Em seguimento em consulta de Hemato-Oncológica. A realização de eletroforese de proteínas séricas constitui um exame simples que pode permitir o diagnóstico mais precoce de mieloma múltiplo e reduzir a morbimortalidade, nomeadamente prevenindo deterioração da função renal.

PO 141

DOENÇA METASTÁTICA DE PRIMÁRIO INCERTO: O IMPACTO DO TEMPO NO DIAGNÓSTICO E NA DECISÃO TERAPÊUTICA

**Maria Montenegro Palma; Maria Fazenda; Sofia Ferreira Cinha; Marta Guisado Orantos;
Paula Nascimento; Ana Raquel Soares; António Mário Santos**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ

CASO CLÍNICO

Introdução

As neoplasias renais são a 14ª neoplasia mais frequente na população mundial, sendo o carcinoma urotelial um subtipo histológico raro. Perante uma massa renal o diagnóstico histológico é obrigatório, tendo implicações terapêuticas. No entanto, por vezes a obtenção de uma biópsia com rendimento pode ser desafiante, sendo fundamental a abordagem multidisciplinar de cada doente.

Caso Clínico

Mulher, 62 anos, com queixas de dor no hipocôndrio e flanco esquerdos desde maio de 2025. Tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica de setembro revelou massa heterogênea irregular na metade inferior do rim esquerdo, com 7.4 cm de maior eixo e envolvimento do cólon e psoas esquerdos, sendo imagiologicamente compatível com carcinoma das células renais. TC-tórax de estadiamento revelou metastização pulmonar múltipla bilateral. Discutido em reunião multidisciplinar, sendo proposta inicialmente para biópsia de lesão pulmonar, de modo viabilizar quimioterapia paliativa. No entanto, por impossibilidade técnica de abordagem por biópsia transtorácica (BATT) ou broncofibroscopia, avançou-se para biópsia da lesão primária. A mesma revelou células tumorais a expressar CK7, P40, PAX8, CAIX com marcação heterogênea, GATA3 inconclusivo, CK20 negativo. Ou seja, carcinoma pouco diferenciado “não permitindo melhor caracterização”.

Entretanto, constantou-se um agravamento progressivo do estado geral da doente, sendo a mesma internada em fevereiro de 2026. A TC de reavaliação mostrou aumento do volume da massa renal, com fistulização ao cólon, aumento do número de metástases pulmonares e surgimento de metástases hepáticas e suprarenal de novo. Nesta fase, foi possível a realização de BAAT de uma das novas lesões pulmonares. No entanto, com o avançar da doença neoplásica e agravamento clínico da doente a mesma já não apresentava condições para tratamento cirúrgico ou oncodirigido, para além de que o resultado histológico surgiu apenas posteriormente ao óbito da doente, decorrido durante o internamento.

O mesmo revelou carcinoma de alto grau, com expressão de GATA3, CK5/6, CK34βE12, p40, p63, CK7, PAX8 e focalmente de Anidrase Carbónica IX, negativo para CK20 e TTF1, com manutenção da expressão de INI1, sugestivo neoplasia urotelial.

Discussão:

Este caso demonstra os desafios da abordagem de neoplasias renais avançadas, nas quais o diagnóstico histológico atempado é essencial, não sendo sempre compatível com as características imagiológicas da lesão. Evidencia também a dicotomia do facto do avançar da doença possibilitar o diagnóstico histológico definitivo mas, simultaneamente, condicionar a impossibilidade de tratamento.

PO 143

O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA ENXAQUECA HEMIPLÉGICA NA GRAVIDEZ

Tomás Bragança Ribau¹; Ana Patrícia Freitas²; António Moreira Monteiro¹; Gonçalo Pelayo²; Natália Pires²; Sandra Mendes²

1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

A enxaqueca hemiplégica é um subtipo raro de enxaqueca com aura caracterizado por défice motor reversível associado a outras manifestações aurais, podendo mimetizar eventos cerebrovasculares e constituindo um importante diagnóstico diferencial perante défice neurológico focal súbito.

Na gravidez, a abordagem diagnóstica destes quadros é particularmente desafiante. A necessidade de exclusão de patologia vascular deve ser equilibrada com as limitações e potenciais riscos fetais associados a alguns exames complementares de diagnóstico.

Mulher de 20 anos, grávida de 17 semanas, com antecedentes de enxaqueca com aura desde os 17 anos, com agravamento da frequência e intensidade das crises após inversão do ciclo sono-vigília por trabalho noturno.

Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia hemicraniana/periorbitária direita, pulsátil, associada a fotofobia, com 24 horas de evolução. Concomitantemente apresentou escotoma cintilante, amaurose monocular transitória direita, paralisia facial central, hemihipostesia e hemiparesia direitas ligeiras, com cerca de 16 horas de evolução.

Após exclusão de patologia vascular, autoimune, infecciosa e lesão ocupante de espaço verificou-se melhoria progressiva da cefaleia e dos défices neurológicos após analgesia. Por persistência parcial da sintomatologia iniciou-se prova terapêutica com prednisolona 20 mg/dia durante 3 dias, com resolução quase completa do quadro ao quarto dia pelo que foi assumido status migrainosus com aura hemiplégica, com possível componente funcional associada, tendo sido orientada para consulta de Neurologia.

Este caso ilustra o desafio diagnóstico dos défices neurológicos agudos na grávida, em que a exclusão de patologia vascular é mandatária, mas deve ser ponderada face aos riscos materno-fetais. Reforça ainda a importância da integração da história clínica, flutuação sintomática e reversibilidade dos défices na orientação diagnóstica.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA COM TROMBOSE RENAL COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL: RELATO DE CASO

Jessica Angelina de Oliveira; Carolina Anjo; Andreia Lopes; Inês Albergaria; Filipa Viegas; João Tavares

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

CASO CLÍNICO

A síndrome antifosfolipídica (SAF) é uma doença autoimune caracterizada por um estado protrombótico e por manifestações clínicas heterogêneas, podendo envolver múltiplos órgãos. O compromisso renal é uma manifestação reconhecida da doença; contudo, pode apresentar-se de forma insidiosa, frequentemente de diagnóstico tardio. Mulher de 41 anos, com antecedentes de enxaqueca e tabagismo (4 UMA), referenciada à consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas após deteção de títulos elevados de anticorpos anticardiolipina IgG e anti- β 2-glicoproteína I IgG. O estudo etiológico excluiu outras trombofilias e a ressonância magnética cerebral evidenciou alterações isquémicas. Durante o seguimento, verificou-se o desenvolvimento de proteinúria associada a deterioração da função renal. A ecografia renal com Doppler revelou rins de pequenas dimensões e a biópsia renal demonstrou alterações compatíveis com isquemia renal, bem como a presença de trombo recente numa arteríola, permitindo estabelecer o diagnóstico de síndrome antifosfolipídica. Foi iniciada terapêutica anticoagulante com varfarina. Este caso ilustra uma apresentação inaugural pouco exuberante da SAF com envolvimento renal trombótico, salientando a importância da vigilância clínica e laboratorial em doentes com anticorpos antifosfolipídicos persistentes.



PO 147

SÍNDROME DE LISE TUMORAL COMO PRIMEIRO SINAL DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Ana Patrícia Freitas; Luísa Veiga de Sousa; Teresa Sampaio; Ilídia Moreira; Ana Lisa Lima

HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

Introdução

A síndrome de lise tumoral é uma emergência oncológica associada à destruição celular maciça, podendo evoluir para complicações fatais. Embora ocorra mais frequentemente após terapêutica citotóxica, pode ser a forma de apresentação de neoplasias hematológicas de elevada carga tumoral.

Caso clínico

Homem, 79 anos, recorreu ao serviço de urgência por astenia, tosse, disfonia, odinofagia, anorexia, perda ponderal e oligúria, com cerca de 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo a destacar palidez, sem outras alterações de relevo. Analiticamente apresentava anemia (Hb 6,8 g/dL), trombocitopenia grave (12 000/ μ L) e leucocitose (175 170/ μ L) com 65% de blastos, sugestiva de leucemia mieloide aguda. Concomitantemente apresentava alterações compatíveis com síndrome de lise tumoral: lesão renal aguda grave (creatinina 8,1 mg/dL), hiperuricemia marcada (29,7 mg/dL), hiperfosfatemia, hipocalcemia e acidose metabólica. Iniciou hidratação endovenosa, rasburicase, correção hidroeletrólítica e quelantes do fósforo. Pela hipervolemia e alterações metabólicas foi necessária terapêutica de substituição renal e transfusão de concentrado eritrocitário. Após avaliação por Hematologia iniciou citorredução com hidroxiureia. Evoluiu com recuperação da função renal (creatinina 1,7 mg/dL) e normalização metabólica, permitindo início de azacitidina e venetoclax.

DISCUSSÃO

Este caso sublinha que a síndrome de lise tumoral pode ser a manifestação inaugural de leucemia mieloide aguda. Perante hiperuricemia marcada associada a alterações do fósforo e do cálcio com deterioração da função renal, deve levantar-se esta suspeita e iniciar de imediato terapêutica dirigida. O reconhecimento precoce permite a reversão metabólica e o início de terapêutica específica.

PO 151

ARTRITE REUMATOIDE COM MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina R. Oliveira; Carla Lemos Costa; Laura Oliveira Cainé; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

CASO CLÍNICO

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica que afeta aproximadamente 1% da população. Embora classicamente caracterizada por poliartrite simétrica das pequenas articulações, até 40% dos doentes desenvolvem manifestações extra-articulares, incluindo alterações hematológicas como anemia, trombocitose e linfadenopatia. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica quando manifestações extra-articulares precedem ou acompanham o diagnóstico de AR, mimetizando doenças linfoproliferativas ou neoplásicas.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, natural de Angola, residente em Portugal há mais de 50 anos, reformada por défice visual secundário a toxoplasmose bilateral, foi referenciada à consulta de Medicina Interna por anemia e trombocitose de etiologia desconhecida. Apresentava história de três anos de artralhas progressivas, envolvendo inicialmente joelhos e posteriormente tornozelos, punhos, ombros e mãos, com edema articular associado. Referia perda ponderal de 10 kg no último ano e episódios de hipersudorese noturna. Negava fenómeno de Raynaud, xerostomia, xeroftalmia ou aftas recorrentes. Ao exame objetivo, apresentava adenopatias supraclaviculares esquerdas e cervicais anteriores, móveis, moles e indolores, bem como edema e deformidade articular das metacarpofalângicas e punhos, sem desvio cubital. Analiticamente com hemoglobina 10,2 g/dL (microcítica/normocrômica), plaquetas 873.000/ μ L, ferritina 432,6 μ g/L, saturação de transferrina 10,5%, ferro 24 μ g/dL e PCR 9,66 mg/L. O estudo autoimune revelou ANA 1/160 padrão mosqueado nuclear e anti-CCP superior a 340 U/mL. A imunoeletroforese sérica revelou IgG 3930 mg/dL sem pico monoclonal. O Quantiferon foi negativo e as mutações JAK2, CALR e MPL também foram negativas. A TC tóraco-abdomino-pélvica demonstrou adenomegalias axilares bilaterais e supraclavicular esquerda, sem adenomegalias mediastínicas, e a radiografia das mãos e punhos revelou alterações degenerativas/artrósicas com diminuição dos espaços articulares, irregularidade do contorno peri-articular e focos de rarefação subcortical. Estabeleceu-se o diagnóstico de AR seropositiva com manifestações extra-articulares, incluindo anemia, trombocitose reativa e linfadenopatia. A doente foi referenciada a Reumatologia para início de terapêutica modificadora da doença.

Discussão

A AR pode manifestar-se com alterações hematológicas e linfadenopatia que mimetizam doenças linfoproliferativas. Neste caso, a exclusão de neoplasia mieloproliferativa e de gamapatia monoclonal permitiu atribuir a trombocitose, anemia e adenopatias ao contexto inflamatório da AR. O diagnóstico foi confirmado pelos títulos muito elevados de anti-CCP e pelo padrão articular característico. Este caso ilustra como a AR pode apresentar-se com um quadro clínico complexo que ultrapassa as manifestações articulares clássicas.

PO 152

APRESENTAÇÃO INAUGURAL ATÍPICA DE ARTRITE REUMATOIDE NO IDOSO

Ana Patrícia Freitas¹; Margarida Wandschneider Oliveira²; Tiago Alves Ferreira²; Ana P. Ferro¹

1. HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

Introdução

A artrite reumatoide (AR) de início tardio pode apresentar-se de forma atípica, com quadro inflamatório agudo e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, colocando dificuldades no diagnóstico diferencial com infecção dos tecidos moles, artropatia por cristais ou artrite reativa. O seu reconhecimento precoce é fundamental para evitar atraso diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico

Homem de 80 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus e obesidade, recorreu por duas vezes ao serviço de urgência em menos de 24 horas por dor intensa e sinais inflamatórios dos punhos e mãos, com cerca de uma semana de evolução e agravamento progressivo, condicionando limitação funcional e perturbação do sono. Apresentava edema, calor e rubor exuberantes, mais marcados na mão esquerda, tendo sido inicialmente colocada a hipótese de infecção dos tecidos moles e iniciada antibioterapia com cotrimoxazol. Analiticamente destacavam-se leucocitose de $17,46 \times 10^9/L$ e proteína C reativa de 343 mg/L. Pelo carácter migratório das queixas e distribuição articular, colocou-se a hipótese de artrite inflamatória, não tendo sido possível excluir artrite reativa, artropatia por cristais ou tenossinovite dos extensores, tendo iniciado corticoterapia e colchicina, com melhoria clínica e analítica francas durante o internamento. O estudo complementar mostrou serologias infecciosas negativas, fator reumatoide negativo e ausência de consumo do complemento. Em reavaliação subsequente em consulta, documentou-se anti-CCP fortemente positivo (420 U/mL), tendo sido assumido o diagnóstico de artrite reumatoide e iniciada terapêutica com metotrexato.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação inaugural atípica de artrite reumatoide no idoso, com sinais inflamatórios exuberantes das mãos e punhos e síndrome inflamatório marcado, colocando inicialmente o diagnóstico diferencial com infecção dos tecidos moles. O padrão migratório das queixas constituiu um elemento pouco típico, contribuindo para a dificuldade diagnóstica e para a consideração de hipóteses alternativas, nomeadamente artrite reativa ou artropatia por cristais. A negatividade do fator reumatoide não excluiu o diagnóstico, tendo o anti-CCP sido determinante para a sua confirmação. Perante quadros inflamatórios articulares agudos no idoso, a artrite reumatoide de início tardio deve ser considerada mesmo em apresentações pouco habituais, de forma a reduzir o atraso diagnóstico e prevenir incapacidade funcional.

PO 158

DIAGNÓSTICO TARDIO DE DOENÇA CITOMEGÁLICA GASTROINTESTINAL DIFUSA EM DOENTE COM MIASTENIA GRAVIS

Ana Patrícia Freitas¹; Margarida Wandschneider Oliveira²; Constança Azeredo¹; Sofia Jordão¹; Ana P. Ferro¹

1. HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

CASO CLÍNICO

Introdução

A doença por citomegalovírus (CMV) do trato gastrointestinal é uma complicação oportunista potencialmente grave em doentes sob imunossupressão. O reconhecimento precoce e a articulação com equipas diferenciadas são fundamentais para evitar o atraso diagnóstico e a progressão da doença.

Caso clínico

Mulher de 67 anos, com miastenia gravis generalizada, AChR positiva, sob prednisolona e micofenolato mofetil, com ciclo recente de imunoglobulina endovenosa e proposta de escalada terapêutica para rituximab. Em contexto extra-hospitalar, realizou investigação de queixas digestivas com cerca de 2 meses de evolução, nomeadamente enfartamento precoce, epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia, astenia marcada e perda ponderal de 7 kg, tendo realizado endoscopia digestiva alta e colonoscopia. A investigação endoscópica revelou alterações sugestivas de doença gastrointestinal difusa, com predomínio de esofagite e gastrite e evidência adicional de atingimento cólico. Posteriormente, em consulta hospitalar dedicada à gestão do risco infeccioso associado à imunomodulação, foi colocada a suspeita de doença oportunista e dirigido o estudo, documentando-se virémia CMV muito elevada, sendo o conjunto dos achados compatível com doença citomegálica gastrointestinal difusa. O tratamento foi inicialmente realizado com valganciclovir oral, a pedido da doente, permitindo orientação em ambulatório. Verificou-se redução progressiva da carga vírica, mas manteve intolerância alimentar, ingestão hídrica insuficiente e desidratação, motivando internamento para ganciclovir endovenoso. Durante o internamento foi excluído atingimento oftalmológico e pulmonar, verificando-se melhoria clínica sustentada, recuperação da tolerância alimentar e redução da virémia para valor residual, tendo tido alta sob valganciclovir oral em dose terapêutica.

Discussão

Este caso ilustra uma forma grave de doença citomegálica gastrointestinal difusa em doente imunodeprimida, com predomínio de gastrite e esofagite, diagnosticada tardiamente após investigação inicial extra-hospitalar, com posterior orientação em consulta hospitalar diferenciada. A necessidade de internamento para terapêutica endovenosa, apesar de resposta virológica inicial ao valganciclovir oral, refletiu a gravidade clínica do quadro e a incapacidade de assegurar hidratação e via oral adequadas. Este caso reforça a importância de avaliação diferenciada precoce e de apoio multidisciplinar em doentes sob imunomodulação, de forma a reconhecer atempadamente complicações infecciosas oportunistas e reduzir a respetiva morbimortalidade.

PO 160

ABCESSO PULMONAR EM ÁREA TUMORAL: QUANDO A INFECÇÃO MUDA O PROGNÓSTICO

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Filipa Pedro; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Introdução

O carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC) associa-se a imunossupressão e maior risco de infeções respiratórias. A necrose tumoral e a obstrução brônquica podem predispor a infeção sobreposta na área tumoral, originando pneumonias de difícil resolução e impacto relevante no prognóstico e nas decisões terapêuticas.

Caso clínico

Homem 67 anos, com diagnóstico de CPPC T4N3M1- estadio IVb há 3 meses sob quimioterapia de 1º linha e radioterapia, admitido em enfermaria de Medicina Interna por pneumonia bacteriana complicada, com formação de abcesso pulmonar na mesma localização do tumor conhecido. Inicialmente cumpriu 6 dias de piperacilina tazobactam tendo sido escalado para meropenem dirigido e posteriormente associado linezolid e fluconazol empírico. A evolução clínica foi marcada por resposta lenta à antibioterapia, necessidade de ajustes terapêuticos sucessivos e persistência de compromisso funcional significativo, no contexto de imunossupressão e doença oncológica ativa. Apesar das medidas instituídas, verificou-se agravamento progressivo do estado geral e do prognóstico global. Após discussão multidisciplinar, e atendendo à fragilidade clínica e ausência de condições para continuidade de tratamento modificador da doença, foi decidida a suspensão da terapêutica oncológica e a referenciação para cuidados paliativos, com enfoque no controlo sintomático e na qualidade de vida.

Discussão

A infeção bacteriana sobreposta em área tumoral constitui uma complicação relevante no CPPC, frequentemente associada a necrose, obstrução brônquica e dificuldade de penetração antibiótica, podendo traduzir-se em infeções de resolução prolongada e elevada morbilidade. Este caso evidencia a importância do reconhecimento deste mecanismo, da abordagem integrada do prognóstico e do papel da Medicina Interna na gestão clínica, articulação multidisciplinar e adequação dos objetivos terapêuticos, privilegiando decisões proporcionais e centradas no doente.

DIAGNÓSTICOS CONCORRENTES EM MEDICINA INTERNA: VALORIZAÇÃO PRECOCE DE ACHADOS DISCORDANTES

Francisca Santos Martins; Diogo Dias; Fábio Santos; Pedro Ferraz de Abreu Rocha; Sofia C Barbosa; Luísa Pina Marques; Catarina Reigota; Gisela Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

CASO CLÍNICO

Introdução

Em Medicina Interna, a coexistência de diagnósticos concorrentes exige uma abordagem simultânea desde a admissão, sendo determinante para evitar atrasos no reconhecimento de entidades potencialmente graves e, por vezes, assintomáticas.

Caso clínico

Mulher de 72 anos, ECOG 0-1, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, asma e AVC isquémico recente, recorreu ao serviço de urgência por mal-estar geral e opressão torácica. À admissão apresentava fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, revertida farmacologicamente, sem evidência de síndrome coronária aguda. Estudo analítico à admissão sem alterações de relevo, nomeadamente parâmetros inflamatórios e marcadores de necrose miocárdica negativos. O raio-X inicial evidenciava uma alteração da grade costal direita, com espessamento e irregularidade cortical de um arco costal médio, sugerindo uma lesão expansiva. Este achado, não explicado pelo quadro clínico agudo, foi determinante para orientar investigação adicional desde o serviço de urgência. Perante isto, e dado que a doente apresentava história epidemiológica relevante de contacto com tuberculose, foi realizada tomografia computadorizada torácica, que revelou lesão expansiva do 5.º arco costal direito (~50 mm), com destruição cortical e extensão pleural, associada a derrame pleural, adenopatias torácicas e pequeno nódulo pulmonar. Em paralelo, no internamento, a doente desenvolveu febre, tendo sido identificada infeção por influenza A, com exacerbação asmática associada. O estudo microbiológico para tuberculose foi negativo. A eletroforese sérica revelou gamapatia monoclonal IgG/lambda. A PET demonstrou hipermetabolismo focal da lesão costal, sem outras localizações suspeitas. A biópsia transtorácica foi compatível com neoplasia de células plasmáticas (plasmocitoma/mieloma múltiplo) com restrição de cadeias leves lambda. O aspirado de medula óssea subsequente excluiu mieloma múltiplo, permitindo o diagnóstico de plasmocitoma solitário.

Discussão

Este caso evidencia a importância da abordagem simultânea de diagnósticos concorrentes perante achados iniciais não explicados por um quadro clínico aparentemente coerente. A valorização precoce de alterações imagiológicas permitiu orientar investigação dirigida desde a admissão, evitando atraso no diagnóstico de patologia neoplásica. Num contexto de elevada complexidade clínica, com coexistência de infeção viral, exposição epidemiológica relevante e alterações estruturais torácicas, a integração crítica e precoce dos diferentes dados foi determinante. Este caso reforça o papel da Medicina Interna na gestão de múltiplos processos em simultâneo, salientando que a presença de um diagnóstico não deve interromper a procura de outras entidades clinicamente significativas.

PO 166

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA E DÉFICE FOCAL: PENSAR ALÉM DO AVC

Rita Silva Costa¹; Filipa Macieira¹; Rafaela Azevedo¹; Cátia Batista¹; Mariana R. Afonso¹; Rita Sárria¹; Pereira Carvalho²

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / UNIDADE HOSPITALAR DE CHAVES

CASO CLÍNICO

O coma mixedematososo representa a forma mais grave do hipotireoidismo, constituindo uma emergência médica rara, mas associada a elevada mortalidade. Resulta de défice crítico de hormonas tiroideias, conduzindo a hipometabolismo sistémico e falência multiorgânica. A apresentação pode ser insidiosa e precipitada por outros eventos com clínica própria distinta, dificultando o diagnóstico precoce.

Mulher de 78 anos, com antecedentes de hipotireoidismo no contexto de tireoidectomia parcial por neoplasia tiroideia, admitida por desorientação de novo, afasia e incontinência urinária. Ao exame objetivo apresentava hipotermia (34°C), bradicardia, hipotensão e bradipneia, associadas a desvio conjugado do olhar para a direita e hemiparesia esquerda, levantando suspeita inicial de evento vascular cerebral.

A Tomografia Computarizada crânio-encefálica não revelou alterações agudas.

Analiticamente destacava-se pancitopenia, ausência de parâmetros inflamatórios aumentados, aumento da CK e TSH, mas com T4 livre marcadamente diminuída. Após exclusão de causas metabólicas e infecciosas, foi assumido o diagnóstico de coma mixedematososo. Iniciou aquecimento passivo, suporte hemodinâmico, terapêutica com levotiroxina e hidrocortisona. Verificou-se melhoria parcial da hipotermia, porém a evolução clínica foi desfavorável, culminando em óbito.

O coma mixedematososo pode apresentar-se com défices neurológicos focais, simulando acidente vascular cerebral e atrasando o diagnóstico. Em doentes idosos com alteração do estado de consciência associada a instabilidade hemodinâmica e hipotermia, a avaliação da função tiroideia deve ser considerada precocemente. O reconhecimento atempado e a instituição imediata de terapêutica adequada são determinantes para o prognóstico.

PO 168

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA HIPERLEUCOCITÁRIA COM APRESENTAÇÃO INICIAL DE AVC: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Figueiredo Coutinho; Bebiãna de Sousa; Ana Catarina Camarneiro; Alexandra Nascimento; Ana Filipa Batista; Rosário Santos Silva

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A leucemia mieloide aguda (LMA) com hiperleucocitose ($>100.000/\mu\text{L}$) ocorre em 5–20% dos casos e associa-se a complicações graves, nomeadamente leucostase, caracterizada por hiperviscosidade e compromisso microvascular. Esta pode manifestar-se com envolvimento neurológico, mimetizando patologias frequentes como o acidente vascular cerebral (AVC), atrasando o diagnóstico e tratamento.

Caso clínico

Mulher, 79 anos, apresentou défices neurológicos focais de início súbito, com suspeita inicial de AVC agudo. Encontrava-se hemodinamicamente estável, com disartria marcada e paresia facial esquerda. A TC-CE não revelou alterações agudas. Analiticamente apresentava leucocitose extrema ($270.000/\mu\text{L}$), anemia (Hb 7 g/dL) e trombocitopenia grave ($19.000/\mu\text{L}$). Transferida para centro de referência, confirmou-se LMA hiperleucocitária, com 90% blastos. Iniciou tratamento dirigido, com apoio de múltiplas especialidades, com leucaferese, citarabina e hidroxicarbamida. Evoluiu com agravamento neurológico caracterizado por hemiplegia direita. Novo exame imagiológico evidenciou lesão isquémica recente no território da artéria cerebral média esquerda.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação rara de LMA com hiperleucocitose, inicialmente simulando um AVC. A leucostase constitui uma emergência hematológica, podendo causar manifestações neurológicas graves. A coexistência de leucostase e AVC isquémico verdadeiro aumenta a complexidade diagnóstica e terapêutica, nomeadamente quanto a estratégias de reperfusão, frequentemente contraindicadas pelo elevado risco hemorrágico. O reconhecimento precoce é essencial, sendo nestes casos prioritária a citorredução urgente com leucaferese e quimioterapia.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM DOENTE COM HISTÓRIA DE TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR

Miguel Tomás Rodrigues; Joana Simões; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

CASO CLÍNICO

O Lupus Eritematoso Sistémico é uma patologia autoimune com apresentação clínica multiforme mas atingido principalmente a pele, sistema urinário e sistema nervoso. De etiologia desconhecida, apresenta uma incidência de 5,6 em cada 100000 indivíduos com maior atingimento em mulheres em idade fértil. Apesar de mesmo frequente em homens tende a se mais severa nestes, com envolvimento cutâneo renal e na manutenção da tensão arterial.

Apresentação de Caso

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 38 anos, melanodérmico. Como antecedentes relevantes referia tuberculose pulmonar com Mal de Pott em 2011, sífilis tardia tratada e PAC complicada com empiema em 2024.

Foi admitido em Serviço de Urgência por poliartralgia e mialgia intensas com impotência funcional. Ao exame objetivo apresentava múltiplas linfonodomegalias em cadeias cervicais e submentoniana, e articulações dos membros superiores inferiores sem sinais flogísticos. Do estudo analítico destaca-se Anemia microcítica hipocrômica (Hb 8.1g/dL, VGM 77,4 fL, HGM 23,9 pg) e lesão renal aguda (Ureia 80 mg/dL, Cr 1.46 mg/dL).

O doente foi internado para estudo. Do estudo em internamento destaca-se positividade para Anticorpos Anti dsDNA: 284,0 UI/mL Anti-SSA (Ro) (266.0 U/mL), Anti-Sm (: >120.0 U/mL), Anti-RNP (>240.0 U/mL) e Anti-peptídeos citrulinados (51,0 U/mL) e em tomografia computurizada toraco-abdomino-pélvica a presença de várias adenomegalias sólidas e homogêneas abdominais e pélvicas, incluindo no território celíaco, hilo hepático, peri-aórticos e ilíacos comuns e externos.

Após discussão com Nefrologia por lesão renal aguda com resposta reduzida ao tratamento e estudo autoimune positivo foi feita biópsia renal que revelou uma nefrite lúpica classe II tendo o diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico sido confirmado.

Conclusão e Seguimento

O doente iniciou terapêutica com hidroxicloroquina. Objetivou-se melhoria clínica e laboratorial, tendo o doente tido alta com indicação para seguimento em consultas de supressão iatrogénica para ajuste de medicação imunossupressora em contexto de antecedente de tuberculose e Consulta de Doenças Autoimunes.

Discussão

O caso demonstra a importância da consideração de um diagnóstico autoimune em caso de poliartralgia num doente jovem. Apesar do diagnóstico de lúpus depender em grande parte do estudo analítico, a história clínica, em doente melanodérmico, de poliartralgia, mialgia e lesão renal sem sinais de infeção aguda foi suficientemente sugestiva para inferir o diagnóstico final.

PO 172

UM CASO DE ESPONDILODISCITE - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Daniel Veiga; Claudius Dragos; Baltazar Oliveira; Volodymyr Nagirnyak; Marta Amaro; Beatriz Lopes; Mariana Alves; Anna Knoch; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

A espondilodiscite é uma condição clínica que pode condicionar comorbilidade significativa, com elevado risco de complicações se detetada tardiamente. Relata-se um caso de um caso de um homem de 67 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar aos 17 anos, tabagismo activo e doença osteoarticular degenerativa da coluna, que recorreu à urgência por lombalgia esquerda com 5 dias de evolução com posterior irradiação da dor para o flanco esquerdo. À observação na admissão encontrava-se com dor à percussão no ângulo costovertebral bilateralmente, sem outras alterações. Analiticamente constataram-se leucócitos de 11230/uL; N 90,5%; PCR 22,6mg/dL; Pro-calcitonina 3,13ng/mL. Realizou Uro-TC (tomografia computadorizada urológica) sem alterações de relevo. Adicionalmente realizou TAC da coluna cervical, dorsal e lombar a confirmar lesões degenerativas da coluna, sem outros achados. Foram colhidas culturas e iniciou antibiótico empírico com ceftriaxone que cumpriu por 7 dias, com resposta parcial. Realizou RM (ressonância magnética) dorso-lombar que revelou aspectos sugestivos de espondilodiscite em D10-D11. Por novo agravamento dos parâmetros inflamatórios optou-se por reiniciar ceftriaxone e associar a vancomicina com melhoria clínica e laboratorial progressivas. As hemoculturas foram negativas, tendo-se requisitado biópsia óssea para esclarecimento etiológico, cujo resultado se encontra a aguardar.

Na presença de lombalgia, a hipótese de espondilodiscite deve ser considerada, pois trata-se de um diagnóstico desafiante e com consequências potencialmente devastadoras se não for precocemente detetada e tratada. Entre os riscos mais preocupante encontram-se os abscessos que podem originar compressão medular e bacteriémias potencialmente fatais. O presente caso foi detetado atempadamente, sendo que a abordagem com antibioterapia empírica com cobertura dos agentes típicos permitiu o controlo precoce da infeção e um desfecho clínico favorável.

PO 174

HIPOCALCÉMIA COMO MANIFESTAÇÃO DE PANCREATITE AGUDA

Miguel Tomás Rodrigues; Alice Figueiredo; Sara Belo; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

CASO CLÍNICO

Introdução

A hipocalcémia é um distúrbio eletrolítico potencialmente grave, podendo manifestar-se por alterações neurológicas, tetania e convulsões. Entre as causas mais frequentes incluem-se défice de vitamina D, hipoparatiroidismo e doença renal crónica. Fatores iatrogénicos, nomeadamente terapêutica farmacológica prolongada, podem também contribuir para alterações do metabolismo do cálcio.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 74 anos com antecedentes de epilepsia medicada com lacosamida, levetiracetam e perampanel. Recorreu ao Serviço de Urgência por prostração e recusa alimentar. Analiticamente evidenciou-se hipocalcémia grave com cálcio corrigido reduzido, associada a acidémia metabólica ligeira e discreta elevação de lipase e amilase. A doente foi transferida para Unidade de Cuidados Intermédios para correção da hipocalcémia e estudo etiológico. O estudo complementar revelou hormona paratiroideia elevada (337,9 pg/mL) e vitamina D indoseável, compatíveis com hipocalcémia secundária a défice grave de vitamina D. A excreção urinária de cálcio em 24 horas encontrava-se reduzida. Durante o internamento foi também identificada pancreatite aguda ligeira em ecografia abdominal. Foi instituída terapêutica com reposição de cálcio e vitamina D, com melhoria clínica e laboratorial progressiva.

Conclusão

A hipocalcémia em doentes idosos pode resultar da interação entre múltiplos fatores, incluindo défice nutricional, doença aguda e terapêutica farmacológica crónica. Este caso destaca a importância da avaliação sistemática do metabolismo do cálcio em doentes com alteração do estado geral e história de epilepsia sob terapêutica prolongada.



APRISIONADOS NOS VASOS: UMA CRISE VASO-OCCLUSIVA

Ana Gabriela Paupério; Alexandra Machado; Teresa Pereira; Mónica Brinquinho

NIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

CASO CLÍNICO

A anemia falciforme é uma patologia em que há mutação falciforme homozigótica e a proporção de hemoglobina S é tipicamente >50%. A doença apresenta caracteristicamente fenómenos vaso-oclusivos e hemólise que podem manifestar-se por dor, aguda ou crónica, isquemia ou enfarte tecidual. O enfarte esplénico com asplenia funcional aumenta o risco de infeções graves. Essas complicações têm elevado impacto na morbilidade e mortalidade.

O tratamento baseia-se na gestão de complicações e terapia modificadora da doença. A hidroxiureia, sendo um fármaco modificador da doença, é a base do tratamento. Reduz a incidência de eventos vaso-oclusivos agudos, incluindo episódios de dor, síndrome torácico agudo e, em alguns casos, acidente vascular cerebral, diminuindo, assim, as taxas de hospitalização, prolongando a sobrevida.

Homem de 22 anos, natural de Angola, com anemia falciforme diagnosticada na infância, recorreu à urgência por dor generalizada, sobretudo nos ombros e anca esquerda com 2 a 3 dias de evolução. À admissão apresentava anemia de 8.9g/dL, leucocitose de 16.9×10^9 /L com neutrofilia de 10.7×10^9 /L e desidrogenase do lactato de 532U/L. Foi realizada tomografia que não evidenciou foco infeccioso agudo, contudo foi identificado baço de pequenas dimensões e heterogéneo, com densidade espontânea elevada, aspeto relacionado com provável processo de autoesplenectomia.

O doente foi internado numa unidade de cuidados intermédios médicos para gestão da crise vaso-oclusiva com dor de difícil controlo e vigilância de complicações. Durante o internamento, a dor foi controlada com a administração de morfina. Por períodos de febre recorrente e elevação dos parâmetros inflamatórios (proteína c reactiva de 308.6mg/L), apesar da ausência de clínica focalizadora e rastreio séptico negativo, cumpriu ciclo de antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina evoluindo com decréscimo dos parâmetros inflamatórios. Posteriormente foi iniciada terapêutica com hidroxiureia evoluindo com melhoria clínica e analítica, tendo tido alta orientado para consulta de Hematologia.

Este caso clínico ilustra o desafio da abordagem de patologias menos comuns no nosso contexto geográfico reforçando a importância da avaliação integrada do doente de forma a melhorar a sua condição e prevenir a morbimortalidade associada.

PO 179

A CLÍNICA COMANDA A INVESTIGAÇÃO: UMA CASO DE MENINGITE CRÓNICA

**Miguel Tomás Rodrigues; Joana Simões; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu;
Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

CASO CLÍNICO

A meningite crónica é uma patologia subtil e de difícil diagnóstico, dada a sua apresentação insidiosa e inespecífica.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 62 anos, com antecedentes de neoplasia da mama e hipertensão essencial, além de múltiplas admissões em Infeciologia por cefaleia e tonturas recorrentes. Em 2021, foi admitida por suspeita de infeção, tendo a ressonância magnética crânio-encefálica evidenciado restrição à difusão periventricular esquerda e no hemisfério cerebeloso direito, sugestiva de lesões isquémicas. A tomografia computadorizada cervical revelou hipertrofia do tecido linfoide do anel de Waldeyer sem outras alterações. Em 2022, foi novamente internada por cefaleia e síndrome confusional, apresentando adenopatias cervicais à direita. As serologias para HIV, hepatites virais, sífilis e *Borrelia* foram negativas. Destacavam-se uma velocidade de sedimentação eritrocitária de 72 mm/h e alterações da cinética do ferro compatíveis com doença crónica. A punção lombar revelou exame bacteriológico e pesquisa de vírus negativos, mas com elevação de imunoglobulina G (IgG), hiperalbuminemia e padrão compatível com síntese intratecal de IgG. Face à suspeita de meningite asséptica linfocitária, foi realizada nova punção lombar, que revelou anticorpos positivos para *Brucella*. A doente completou 41 dias de antibioterapia com ceftriaxone, rifampicina e doxiciclina, com resolução do quadro.

Este caso reforça a importância da colheita criteriosa de amostras em Infeciologia, mas sobretudo destaca que o raciocínio clínico deve sempre guiar a investigação etiológica, evitando diagnósticos tardios e garantindo uma abordagem eficaz.



PO 180

ADENOPATIA SUPRACLAVICULAR ESQUERDA DE REGRESSÃO ESPONTÂNEA E ETIOLOGIA INESPERADA

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Cassiana Vasconcelos; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

CASO CLÍNICO

As adenopatias supraclaviculares esquerdas são classicamente associadas a patologia intra-abdominal, sobretudo neoplasias gastrointestinais, exigindo investigação sistemática. No entanto, causas benignas e reversíveis podem mimetizar apresentações de maior gravidade. Este caso ilustra uma etiologia inflamatória pouco reconhecida, com resolução completa após tratamento dirigido.

Mulher de 52 anos, com antecedentes de nódulo tiroideu em vigilância e tuberculose pulmonar na infância, assintomática, realizou ecografia cervical que identificou adenopatia supraclavicular esquerda com 8,6x7,9 mm. O estudo etiológico foi alargado e sem alterações relevantes, incluindo estudo mamário, proteinograma, função tiroideia, velocidade de sedimentação, proteína C reativa, enzima conversora da angiotensina, autoimunidade, serologias para hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana e teste não treponémico. Apresentava cicatriz imunológica de citomegalovírus e seroconversão de vírus Epstein-Barr. O estudo endoscópico revelou infeção por *Helicobacter pylori*, tendo realizado terapêutica de erradicação, posteriormente confirmada por teste respiratório. Face à persistência da adenopatia palpável, decidiu-se biópsia excisional. No intraoperatório não foi possível identificar a adenopatia previamente palpada, tendo sido excisados dois gânglios linfáticos envolvidos por tecido adiposo, insuficientes para diagnóstico histológico. Nova ecografia cervical não identificou adenopatias patológicas, sugerindo resolução completa após tratamento da infeção gástrica. A associação entre adenopatias supraclaviculares e neoplasias abdominais é bem estabelecida, mas este caso demonstra que inflamação crónica induzida por *Helicobacter pylori* pode originar adenopatias reativas nesta localização, conduzindo a investigação extensa e potencialmente invasiva. A regressão imagiológica após erradicação reforça a natureza inflamatória do processo.

A DOENÇA QUE VEIO NA BAGAGEM

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Cassiana Vasconcelos; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

CASO CLÍNICO

As doenças infecciosas febris agudas apresentam manifestações inespecíficas, sendo a anamnese — especialmente a história de viagens — determinante para orientar o diagnóstico. A malária, endêmica em várias regiões tropicais, pode surgir em países não endêmicos como doença importada, exigindo elevada suspeição clínica.

Mulher de 46 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência por febre periódica de quatro em quatro horas, com resposta a antipiréticos, associada a mialgias, artralgias, cefaleias, diarreia e vômitos. Tinha regressado uma semana antes de uma viagem de um mês a Moçambique. Negava outros sintomas. Analiticamente apresentava anemia microcítica, leucopenia de 3500/mcL, linfopenia de 900/mcL, trombocitopenia de 70 mil/mcL e proteína C reativa de 11,74 mg/dL, sem alterações da função renal, ionograma ou provas hepáticas. A pesquisa de antígeno de vírus respiratórios (SARS-CoV-2, vírus sincicial respiratório e influenza A e B) foi negativa. A pesquisa de antígeno de plasmódio foi positiva e o esfregaço de sangue periférico identificou trofozoítos de *Plasmodium falciparum*, com parasitemia de 1,7%. Gasimetria arterial sem acidose, hipoxemia ou elevação de lactato; radiograma torácico normal. Foi diagnosticada malária sem critérios de gravidade e teve alta com arteméter e lumefantrina.

Na reavaliação, duas semanas depois, encontrava-se assintomática, sem citopenias e sem parasitemia.

Este caso reforça que a história de viagem recente é fundamental na abordagem de febre aguda, permitindo suspeitar de malária mesmo em países não endêmicos. A apresentação inespecífica pode atrasar o diagnóstico, com risco de evolução para formas graves, sobretudo em infeções por *Plasmodium falciparum*. As alterações hematológicas e a positividade do esfregaço confirmaram o diagnóstico, e o tratamento precoce permitiu evolução favorável. Num contexto de alterações climáticas e possível expansão do vetor *Anopheles*, casos autóctones poderão tornar-se mais frequentes no futuro.

PO 183

A HEMÓLISE QUE TRANSFORMOU UM DIAGNÓSTICO EM URGÊNCIA

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Cassiana Vasconcelos; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

CASO CLÍNICO

A anemia hemolítica autoimune ocorre em 7-10% dos doentes com leucemia linfocítica crónica e pode constituir uma complicação grave. O reconhecimento precoce é essencial, uma vez que a transfusão de hemoderivados pode agravar a hemólise. Este caso ilustra uma apresentação severa de anemia hemolítica autoimune no contexto de leucemia linfocítica crónica recentemente diagnosticada.

Homem de 79 anos, com astenia e perda ponderal, foi avaliado em cuidados de saúde primários, identificando-se hemoglobina de 9,4 g/dL, leucocitose de 32 900/mcL com linfocitose de 24 200/mcL e esfregaço com sombras nucleares nos linfócitos. O proteinograma, imunoglobulinas e cadeias leves eram normais. A imunofenotipagem de sangue periférico sugeriu leucemia linfocítica crónica B. A tomografia computadorizada revelou adenopatias supra e infradiafragmáticas, sendo referenciado à Hematologia. Antes da observação especializada, apresentou agravamento clínico com astenia marcada, icterícia e lipotimia, motivando ida ao serviço de urgência. À admissão encontrava-se hipotenso e ictérico. Analiticamente apresentava hemoglobina de 4,7 g/dL, volume globular médio de 125 fL, leucocitose de 72 050/mcL com linfocitose de 61 460/mcL, hiperbilirrubinemia indireta (4 mg/dL), elevação da desidrogenase láctica, haptoglobina indetetável e teste de antiglobulina direto positivo para imunoglobulina G e fração C3d. Assumiu-se anemia hemolítica autoimune associada a leucemia linfocítica crónica. Iniciou corticoterapia sistémica, optando-se por não realizar transfusão devido ao risco de agravamento da hemólise.

Durante o internamento verificou-se recuperação progressiva da hemoglobina, com nadir de 3,7 g/dL e 6,3 g/dL à data da alta. O doente teve alta orientado para seguimento em Hematologia.

A associação entre leucemia linfocítica crónica e anemia hemolítica autoimune é relativamente frequente, mas a apresentação pode ser abrupta e grave. A identificação precoce de sinais de hemólise é crucial, sobretudo em doentes com leucemia linfocítica crónica recém-diagnosticada. A transfusão deve ser ponderada cuidadosamente, uma vez que pode exacerbar a hemólise autoimune. A resposta favorável à corticoterapia reforça o papel central desta abordagem.

PO 186

ENFARTE RENAL MACIÇO – UM DIAGNÓSTICO RARO A CONSIDERAR

Pedro Ferraz de Abreu Rocha; Francisca Santos Martins; Inês Liça; Sofia C. Barbosa; Carla Pereira Fontes

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

CASO CLÍNICO

O enfarte renal resulta da interrupção súbita do fluxo sanguíneo na artéria renal, causada por tromboembolismo em contexto de doença cardioembólica ou trombose in situ associada a estados de hipercoagulabilidade, lesão ou disseção da artéria renal. Trata-se de uma condição rara, com uma incidência estimada em 0.004%–0.007%, sendo frequentemente subdiagnosticada, devido à clínica subaguda e/ou inespecífica.

Mulher de 87 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, admitida por quadro com uma semana de evolução de astenia, dor abdominal com irradiação para a fossa ilíaca esquerda e obstipação; associadamente disúria, sem poliaquiúria ou febre. À admissão apresentava-se apirética, hemodinamicamente estável; auscultação cardiopulmonar sem alterações, abdómen difusamente doloroso, sem edema periférico. Gasimetria do sangue arterial em ar ambiente sem distúrbios ácido-base, lactatos 1.0 mmol/L. ECG em ritmo sinusal, sem sinais de isquemia. Analiticamente com leucocitose neutrofílica e proteína C reativa 236,3 mg/L; ureia 81 mg/dL, creatinina 1.7 mg/dL, ionograma normal; LDH 784 U/L, painel hepático normal; urina tipo 2 com leucoeritroproteinúria, sem nitritúria. Realizou angioTC abdomino-pélvica que revelou «trombose com oclusão completa da artéria renal esquerda e ausência de realce do parênquima renal esquerdo, e algumas bolhas de gás no parênquima renal». Assumido enfarte renal maciço, sem indicação para intervenção endovascular pelo tempo de evolução ou nefrectomia urgente dada a estabilidade clínica. Adotada estratégia conservadora, tendo iniciado fluidoterapia e antibioterapia empírica com ceftriaxone pela presunção de sobreinfecção. Do ponto de vista etiológico, assumida origem embólica em contexto de fibrilhação auricular paroxística, documentada no início do internamento, tendo iniciado anticoagulação sem complicações hemorrágicas. Apresentou evolução favorável, traduzida por apirexia, estabilidade hemodinâmica, descida dos marcadores inflamatórios e normalização da função renal. Isolamento em urocultura de *E. coli* sensível a ciprofloxacina, tendo-se alterado para antibioterapia oral com boa resposta. Manteve anticoagulação oral à alta, sendo referenciada para consulta de Urologia, com reavaliação imagiológica para avaliação de eventual repermeabilização da artéria renal em ambulatório.

Este caso ilustra a importância de um elevado índice de suspeição para este diagnóstico incomum, sobretudo em doentes com dor lombar súbita, particularmente na presença de fatores de risco embólicos. A abordagem precoce é essencial para prevenir a deterioração da função renal e eventos embólicos sistémicos adicionais.

SÍNDROME DE WALLENBERG – UM CASO DE AVC DA CIRCULAÇÃO POSTERIOR

Daniel Veiga; Volodymyr Nagirnyak; Baltazar Oliveira; Beatriz Lopes; Mariana Alves; Marta Amaro; Anna Knoch; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

CASO CLÍNICO

Os AVCs (acidentes vasculares cerebrais) da circulação posterior podem condicionar comorbidade significativa e podem manifestar-se de múltiplas formas, entre as quais, sob síndromes clínicas específicas. Entre eles encontram-se o síndrome de Horner, síndrome de Wallenberg e síndrome da artéria basilar.

Descreve-se um caso de um homem de 56 anos com antecedentes de hipertensão arterial não controlada e tabagismo, que recorreu ao serviço de urgência por tonturas, desequilíbrio e disfonia/rouquidão com início na manhã do dia da admissão. À observação encontrava-se com encerramento palpebral esquerdo, parestesias do andar superior e médio da hemiface esquerda, disfonia/rouquidão, singultos persistentes, parésia grau 4/5 do membro superior esquerdo, hipostesia do hemicorpo direito tátil, algica, térmica e desequilíbrio da marcha para a esquerda. Realizou angioTC-CE (angiotomografia computadorizada cranioencefálica) que não demonstrou alterações agudas, tendo ficado internado com a hipótese de AVC da circulação posterior sem tradução imagiológica/ em fase isodensa para estudo. A RM-CE (ressonância magnética crânio-encefálica) confirmou o diagnóstico, documentando lesões isquémicas de múltiplos territórios, com transformação hemorrágica nas regiões temporal, parietal e occipital. As imagens revelaram também extenso trombo na artéria vertebral esquerda de V2 a V4. Do estudo do AVC realçou-se a presença de calcificações ateromatosas carotídeas bilateralmente sem significado hemodinâmico, com o restante estudo (trombofilias, auto-imunidade, infeccioso, neoplásico e cardiovascular) negativo. Após discussão com a Neurologia foi iniciada terapêutica antitrombótica, estatina e iniciou reabilitação física e motora com evolução favorável.

O presente caso descreve o síndrome de Wallenberg, caracterizado, neste caso, pelo desequilíbrio, encerramento palpebral à esquerda, disfonia/rouquidão, singultos persistentes, diminuição da sensibilidade dos andares superior e médio da hemiface esquerda (ipsilateral) e do hemicorpo contralateral à lesão, bem como ataxia. Apesar dos múltiplos territórios cerebrais afectados, a intervenção terapêutica precoce e reabilitação física e motora permitiram contrariar a exuberância clínica e conferir ao doente uma rápida e notável recuperação.



PO 195

INTEGRAÇÃO MULTIDISCIPLINAR E IMAGIOLOGIA AVANÇADA NO MANEJO DE METÁSTASE PULMONAR EM JOVEM ADULTO

Bruna Rodrigues Barbosa; Mônica Correia; Ana Catarina Ruivo; Andreia Meseiro; Inês Bonito; Alexandra Coimbra; Ana Carolina Andrade; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE / HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

CASO CLÍNICO

Introdução

A avaliação de massas pulmonares em adultos jovens com antecedentes de neoplasia óssea é complexa. Massas podem representar doença primária ou metastática, e a caracterização histológica é essencial para orientar tratamento, definir prognóstico e planejar seguimento. Sintomas inespecíficos como dor torácica, tosse hemática e perda ponderal exigem integração de dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos para diagnóstico precoce.

Caso clínico

Homem, 23 anos, amputado do membro inferior esquerdo por osteossarcoma da tíbia (2022), apresentou dor torácica direita, tosse hemática e perda ponderal. À admissão: tensão arterial de 121/80 mmHg, SpO2 98%, polipneico, pouco colaborante. Analiticamente: Hb 11,1 g/dL, leucócitos 13,7 x103/μL, PCR 345,7 mg/L. TC torácica revelou massas volumosas bilaterais nos lobos inferiores (maior 8 x 6,5 cm), nodulação adicional e consolidação adjacente. PET-TC mostrou hipermetabolismo pulmonar e ganglionar supra-difrágmático. Biópsia transtorácica confirmou neoplasia de alto grau com necrose e diferenciação osteocondróide, compatível com metástase de osteossarcoma condroblástico. Durante internamento, doente apresentou bacteriemia por *Staphylococcus hominis* que foi tratada com Piperacilina/Tazobactam e escalada para Meropenem e Linezolid, com resolução de sinais inflamatórios. Analgesia ajustada com fentanil transdérmico, paracetamol e metamizol. Doente manteve função respiratória preservada, mobilidade com auxílio, e recebeu alta com seguimento para Oncologia, Medicina Interna e Fisiatria.

Discussão

O caso evidencia a importância de imagiologia multimodal e biópsia guiada no diagnóstico de massas pulmonares metastáticas. O manejo multidisciplinar permitiu controlar infecção, otimizar analgesia, monitorizar função respiratória e planejar terapêutica específica. Destaca-se a relevância da coordenação clínica, avaliação funcional e reabilitação para maximizar a qualidade de vida e preparar o doente para tratamentos oncológicos futuros, ilustrando como a tecnologia avançada e a abordagem integrada são essenciais em casos complexos.

CASO CLÍNICO

A tuberculose (TB) é ainda uma doença infecciosa de grande importância, estimando-se que afete, atualmente, cerca de um quarto da população mundial. Embora os pulmões sejam o órgão mais frequentemente afetado, nem sempre são o único local com *Mycobacterium tuberculosis* (MT), podendo muitas vezes os doentes surgir com manifestações clínicas inespecíficas. Homem de 88 anos, autónomo, reformado, com antecedentes de hipertensão, hemocromatose e insuficiência cardíaca. Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia com 5 meses de evolução, de agravamento progressivo e com limitação gradual da mobilidade, sem sintomas B. Realizou TC com alterações sugestivas de espondilodiscite, nomeadamente de etiologia tuberculosa. Analiticamente, com VS 100. Foi internado tendo sido realizada biópsia do músculo paravertebral com deteção de MT, iniciando-se terapêutica antibacilar. Foi realizada TC tórax, com identificação de lesões no ápex pulmonar, e broncofibroscopia com deteção de PCR de MT no aspirado brônquico e lavado bronco-alveolar. Por quadro de náuseas persistente, realizada TC-CE, que não foi sugestiva de envolvimento do sistema nervoso central e, apesar de PCR de MT não detetado no suco gástrico, realizada endoscopia que excluiu a presença de lesões. Ao 31º dia de terapêutica, o doente encontrava-se melhorado, tendo tido alta e sido mantido o seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico. Sendo vários os potenciais órgãos afetados pela TB, são também inúmeras as apresentações clínicas possíveis. Assim, com este caso, pretende-se realçar que uma queixa tão inespecífica quanto uma lombalgia pode, na verdade, ser a manifestação de uma patologia sistémica importante com necessidade de terapêutica dirigida. Assim, destaca-se a importância de ter em atenção a história clínica, assim como a apresentação dos sintomas, que frequentemente nos orientam para possíveis hipóteses diagnósticas. A par disso, de salientar a importância da realização dos exames complementares adequados, que poderão também orientar-nos para as hipóteses diagnósticas mais adequadas e assim permitir um adequado tratamento.

PO 201

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: PARA ALÉM DO EDEMA FACIAL

Claudia Silva; Inês Pereira de Oliveira; Andreia Correia Bulhão; Sara Oliveira Gomes; Andreia Coutinho; Paulo Bandeira

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

CASO CLÍNICO

Introdução

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) resulta da obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo na veia cava superior, causando congestão venosa da cabeça, pescoço e membros superiores. Na maioria dos casos tem etiologia maligna, sendo o cancro do pulmão e os linfomas responsáveis pela maioria das situações. Clinicamente manifesta-se por edema facial e cervical, ingurgitamento venoso, dispneia, tosse e disfagia. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e confirmação imagiológica, sendo a tomografia computadorizada torácica o exame de eleição. O tratamento depende da etiologia e pode incluir radioterapia, quimioterapia, colocação de stent endovascular e medidas de suporte.

Caso Clínico

Homem de 60 anos, operário fabril, com diabetes mellitus não insulinotratado, dislipidemia e síndrome da apneia obstrutiva do sono, recorreu ao serviço de urgência por edema facial simétrico com extensão cervical bilateral, associado a rubor, sensação de compressão orofaríngea e disfagia, com três semanas de evolução. Ao exame apresentava edema cervicofacial exuberante e lesões nodulares violáceas dispersas pelo tronco. Analiticamente sem alterações relevantes, nomeadamente hemograma inocente. A tomografia computadorizada torácica revelou massa no mediastino superior associada a conglomerado adenopático e com comprometimento de elementos vasculares locorregionais, sem evidência de compressão da veia cava superior, tendo sido realizada biópsia da massa mediastínica. Durante o internamento apresentou agravamento clínico, após uma semana de internamento, com dispneia progressiva, tosse irritativa e agravamento do edema, necessitando de oxigenoterapia. Nova angiotomografia torácica revelou Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS). Foi iniciada radioterapia paliativa após discussão do caso com hematooncologia. O resultado histológico revelou carcinoma epidermóide pulmonar localmente avançado.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação de SVCS associada a massa mediastínica maligna. O agravamento clínico levou à confirmação imagiológica da síndrome, sendo o diagnóstico definitivo estabelecido por biópsia. A radioterapia paliativa permitiu controlo sintomático, mantendo o doente seguimento em oncologia e cuidados paliativos.



PO 204

CITOCOLESTASE E HIPERTENSÃO ARTERIAL NO JOVEM: A IMPORTÂNCIA DA REVISÃO FARMACOLÓGICA

Ana Teresa Camurça; João Lázaro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES, EPE - HOSPITAL SÃO TEOTÔNIO

CASO CLÍNICO

Introdução

A elevação das provas hepáticas no jovem, sobretudo quando associada a hipertensão arterial (HTA), exige uma investigação etiológica estruturada, incluindo a procura de um diagnóstico unificador, como síndrome metabólico, doença de Wilson, doenças autoimunes ou causas iatrogénicas.

Caso clínico

Mulher de 21 anos, com excesso de peso e antecedentes de acne tratado com isotretinoína, medicada com anticoncetivo oral combinado e pantoprazol, referenciada a consulta de Medicina Interna por HTA e alterações das provas hepáticas. AMPA com valores até 145/85 mmHg, tendo iniciado bisoprolol nos cuidados de saúde primários. Analiticamente apresentava padrão citocolestático (AST 66 U/L, ALT 102 U/L, GGT 129 U/L, FA 83 U/L).

No estudo hospitalar verificou-se cuprémia elevada, com ceruloplasmina normal. Foi excluída doença de Wilson (incluindo ausência de anéis de Kayser-Fleischer). Restante estudo (marcadores virais, autoimunidade, alfa-1-antitripsina e metabolismo do ferro) sem alterações relevantes. Ecografia hepática com esteatose.

Manteve elevação flutuante das transaminases (ALT até 198 U/L), permanecendo assintomática. Excluídas as principais causas, colocou-se a hipótese de etiologia iatrogénica associada ao anticoncetivo oral. Após a sua suspensão e colocação de dispositivo intrauterino, verificou-se normalização progressiva das provas hepáticas e melhoria do perfil lipídico. Mesmo após suspensão do bisoprolol, o MAPA revelou valores tensionais dentro da normalidade.

Discussão

O caso destaca a importância da revisão farmacológica na abordagem de alterações hepáticas e HTA no jovem. A identificação do anticoncetivo oral como fator etiológico permitiu a normalização clínica e analítica, evitando exames adicionais desnecessários. Salienta-se a relevância de considerar causas iatrogénicas como diagnóstico diferencial prioritário.



PO 214

DE NEFROPROTETOR A NEFROTÓXICO: UM CASO DE SEMAGLUTIDE SEM TITULAÇÃO

Rafaela Sá Azevedo; Ana Rita Costa; Mariana R. Afonso; Cátia Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

Os agonistas do recetor GLP-1, como o semaglutide, são fármacos amplamente utilizados no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 e da obesidade, com benefícios cardiovasculares e renais comprovados. No entanto, os efeitos adversos gastrointestinais, como náuseas (33–44%), vômitos (11–25%) e diarreia (23–31%) são frequentes e ocorrem predominantemente durante o início e a titulação de dose. Tal pode, inclusive, culminar em lesão renal aguda (LRA), por depleção de volume e este risco é particularmente relevante em doentes com doença renal crónica (DRC) conhecida. Desta forma, estabeleceram-se recomendações claras de esquema de titulação gradual obrigatório, com incrementos mensais progressivos, para minimizar a intolerância GI.

Este caso ilustra, de forma paradigmática, como o incumprimento desta guideline desencadeia uma cascata iatrogénica catastrófica, transformando paradoxalmente um fármaco com propriedades nefroprotetoras comprovadas num precipitante de lesão renal. Mulher 75 anos, obesa, hipertensa com DRC G3/A3 nesse contexto, observada no serviço de urgência por quadro de astenia, náuseas, vômitos alimentares e diarreia (4-5 dejeções líquidas amarelas acastanhadas por dia), com 7 dias de evolução, coincidente com a reintrodução de injeção de semaglutide 1mg, sem doseamento gradual. Ao exame objetivo, desidratada, com perfil tensional de 102/51 mmHg. Analiticamente, a ressaltar aumento dos parâmetros inflamatórios e LRA AKIN 3. Ainda, gasimetria arterial com pH 7.30, HCO₃⁻ 17.4 mmol/L e hipercaliémia. Foi assumida gastroenterite aguda iatrogénica secundária a semaglutide sem titulação, a condicionar LRA pré-renal em DRC com acidemia metabólica. Suspenderam-se fármacos anti-hipertensores e finerenona, por contributo nefrotóxico e realizou-se fluidoterapia intensiva. Após exclusão de processo infeccioso, dada a manutenção de dejeções diarreicas no internamento, iniciou loperamida, com ótima resposta. A doente evoluiu favoravelmente com regularização do trânsito gastrointestinal e melhoria da função renal.

Assim, através do presente caso, chama-se a atenção para que a interpelada segurança dos agonistas GLP-1 depende criticamente do cumprimento rigoroso dos protocolos de titulação, sobretudo em populações vulneráveis, como idosos com doença renal crónica avançada. Este rigor é tão importante, quanto a indicação terapêutica - sem elas, o benefício nefroprotetor do semaglutide inverte-se.

PO 216

NEM TODA A LOMBALGIA É BENIGNA: UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO DE IMUNOGLOBULINA A

Rute Painçal; Marta Araújo Fernandes; Margarida Choupina; Daniela Capela Pereira; Paula Ferreira

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

CASO CLÍNICO

O mieloma múltiplo (MM) de imunoglobulina A (IgA) representa cerca de 20% dos casos de MM. É uma neoplasia maligna hematológica caracterizada pela proliferação monoclonal de plasmócitos na medula óssea, com consequente produção excessiva de imunoglobulina monoclonal.

Relata-se o caso de um homem de 64 anos, sem antecedentes médicos de relevo, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor lombar incapacitante com semanas de evolução. Apresentava já várias recorrências prévias pelo mesmo motivo, com indicação para tratamento analgésico, sem melhoria. Ao exame objetivo, emagrecido, hipertenso e com dor à palpação das apófises espinhosas lombares. Analiticamente, a destacar anemia normocrômica normocítica e aumento da velocidade de sedimentação.

Realizada TC da coluna dorsal e lombar que revela incontáveis lesões líticas dispersas por todos os corpos vertebrais com fraturas compressivas de D7 e D9. Internado para investigação etiológica verificando-se hipercalcemia assintomática (11.0 g/dL), pico monoclonal IgA kappa (3,5 g/dL) e aumento do rácio cadeias leves livres (23 mg/dL). Dada a forte suspeita de MM IgA inaugural foi pedida colaboração a Hematologia que realizou estudo medular a confirmar o diagnóstico (MM IgA ISS-1). Iniciou pulso de dexametasona que, associado ao tramadol já instituído, permitiu controlo algico. Encaminhado para consulta externa, encontrando-se sob tratamento de primeira linha com Daratumumab, Talidomida, Bortezomib e Dexametasona, com indicação para consolidação com autotransplante de medula óssea, com boa tolerância.

Apesar de a dor óssea ser uma manifestação comum de MM, a elevada prevalência de lombalgia mecânica no SU pode contribuir para o atraso no diagnóstico e consequentemente atraso do início do tratamento. Este caso ilustra uma apresentação típica de MM precedida por vários episódios de lombalgia com recurso ao SU, destacando a importância de identificação de sinais de alarme e de uma abordagem sistematizada e exigindo uma maior suspeição clínica perante dor lombar persistente.



PO 217

LESÕES CEREBRAIS MÚLTIPLAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Rute Painçal; Catarina Amaral; Margarida Brandão de Menezes; Lígia Rodrigues Santos

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

CASO CLÍNICO

As lesões ocupantes de espaço cerebrais representam um desafio diagnóstico e terapêutico atendendo à multiplicidade de diagnósticos diferenciais, como etiologias neoplásicas, infecciosas, inflamatórias e vasculares.

Relata-se o caso de um homem de 45 anos sem antecedentes relevantes, com diagnóstico recente de pneumonia tratado com amoxicilina/ácido clavulânico. Apresentava várias vindas ao Serviço de Urgência por cefaleia persistente e incapacitante e progressiva instalação de défices neurológicos (fotofobia, desequilíbrio na marcha, nistagmo e disartria). Realizou TC-CE que revelou lesões ocupantes de espaço cerebrais com edema vasogénico e efeito de massa a sugerir metastização. Analiticamente, sem elevação dos marcadores inflamatórios e TC-AP a revelar nódulo renal suspeito (5,5 cm). Foi internado para estudo etiológico. Ao 5º dia de internamento, apresenta crise tónico-clónica generalizada, a motivar internamento em Serviço de Cuidados Intensivos. RM-CE revelou múltiplos abscessos intracerebrais caracterizados por coleções com paredes captantes de contraste e conteúdo com material líquido, com subida concomitante de parâmetros inflamatórios. Punção lombar sugestiva de infeção bacteriana, embora sem isolamento de agente microbiológico; hemoculturas e serologias negativas. Estudo de nódulo renal compatível com tumor oncocítico. Após investigação exaustiva, não foram identificadas causas de imunossupressão ou fatores predisponentes. Cumpriu 8 semanas de ceftriaxone, metronidazol e vancomicina empíricos com melhoria, embora mantendo sinais imagiológicos de atividade. Falência a transição para antibiótico oral pelo que completou 15 semanas de antibioterapia endovenosa, com resolução dos défices e redução das lesões. Manteve posteriormente metronidazol e cotrimoxazol orais até perfazer seis meses por evolução imagiológica lenta.

Os abscessos cerebrais podem apresentar-se de forma insidiosa, sendo a RM fundamental no diagnóstico. Podem surgir por disseminação hematogénica, extensão direta ou após trauma/procedimentos, sobretudo em doentes imunodeprimidos ou com infeções sistémicas. A duração do tratamento deve ser individualizada, frequentemente prolongada e orientada por reavaliação imagiológica, podendo ser necessária abordagem cirúrgica, não equacionada neste caso pela multiplicidade, extensão e localização das lesões.

MACROADENOMA DA HIPÓFISE COMO CAUSA DE HIPONATREMIA

Alexandra S. Machado¹; Francisca Martins¹; Andreia Tavares¹; João Gonçalves¹; Maria Luisa Olim¹; Micaela Manuel¹; Rui Seixas¹; Leopoldina Pereira²; Gisela Vasconcelos¹

1. ULS ENTRE DOURO E VOUGA, HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, SANTA MARIA DA FEIRA

2. ULS GAIA E ESPINHO

CASO CLÍNICO

Introdução

A hiponatremia é um distúrbio eletrolítico frequente e está normalmente associada a patologias comuns, como a insuficiência cardíaca ou a doença hepática crónica. Raramente é a primeira manifestação de macroadenomas da hipófise. Estes tumores, habitualmente benignos, apresentam complicações associadas ao efeito de massa que produzem e à disfunção endócrina.

Caso Clínico

Homem de 60 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, sob atorvastatina 20mg, e ansiedade, sob diazepam 5mg. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal com 3 dias de evolução e episódio de vômito no dia anterior. Observado em regime privado aquando início de dor abdominal, tendo realizado estudo analítico com sódio (Na) 136mEq/l. À admissão, consciente e colaborante, sem alterações ao exame neurológico sumário, hemodinamicamente estável, com desconforto generalizado à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. Do estudo realizado inicialmente a destacar hiponatremia grave (Na 118mEq/L), osmolaridade sérica 245mOsm/Kg, osmolaridade urinária 447 mOsm/Kg, sódio urinário 106 mmol/L, TSH 1.88 UI/mL, T4L 9.2 pmol/L. Tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) a destacar macroadenoma hipofisário intra e supra-selar com 25x20x16mm, a determinar deformação das estruturas opto-quiasmáticas, com possível efeito compressivo. Discutido caso com Neurocirurgia e Oftalmologia, sem sinais de alarme que motivassem intervenção urgente. Completado o estudo, identificou-se ACTH baixa (4.48pg/mL), aldosterona 7.8ng/dL, cortisol da manhã baixo (55 nmol/L), prolactina aumentada (42.85ng/mL), LH, FSH e testosterona normais, IGF-1 baixo (43.1ng/mL). Assim, estamos perante um caso de hiponatremia hipotónica euvolémica em contexto de insuficiência adrenal secundária a macroadenoma hipofisário. Foi iniciado tratamento com hidrocortisona e fluidoterapia com cloreto de sódio 3%, com correção progressiva dentro dos alvos, apresentando à data da alta Na 137mEq/L. Atualmente, mantém seguimento em consulta externa de Endocrinologia, com desmame de corticoterapia, e Neurocirurgia, a ser ponderada cirurgia.

Discussão e Conclusão

Na hiponatremia grave aguda os primeiros sintomas podem ser ligeiros, como náuseas e vômitos, podendo evoluir rapidamente para convulsão, coma e paragem respiratória, o que torna o seu diagnóstico etiológico e tratamento atempado importantes para um bom prognóstico. Neste caso, a hiponatremia é secundária a insuficiência corticossuprarrenal secundária, que ocorre em até 30% dos macroadenomas, e que resulta da diminuição do efeito de feedback negativo dos glucocorticóides sobre a hormona antidiurética. A realização de TC-CE foi essencial na orientação do diagnóstico, o que exemplifica a importância muitas vezes esquecida da abordagem sistematizada da hiponatremia, assim como a pesquisa de causas mais raras. O tratamento dirigido e atempado melhora significativamente o prognóstico dos doentes.

FEBRE REUMÁTICA NO ADULTO COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO: UM CASO CLÍNICO

Filipa Novo; João Paulo Caldas; Inês Burmester; Raquel Rodrigues Santos; Fani Ribeiro; Rita Moça; Florisa Gonzalez; Rosa Lemos

ULSPVVC

CASO CLÍNICO

Introdução

A poliartrite constitui um desafio clínico relevante dada a sua apresentação heterogênea e o amplo espectro de diagnósticos diferenciais que engloba, variando desde condições benignas e autolimitadas até doenças inflamatórias crônicas que exigem uma abordagem diagnóstica e terapêutica específica.

Caso clínico

Mulher de 42 anos, enfermeira, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro de três dias de oligoartrite do punho e tornozelo direitos, precedido duas semanas antes por odinofagia e exsudado amigdalino purulento autolimitados e de perda de sete quilos nesse tempo. Negava febre, história familiar de doença autoimune, viagens para fora de ambiente citadino ou estrangeiro e contacto com animais, mas referia contacto regular com água de rio. Ao exame objetivo destacava-se temperatura auricular de 37,3°C e edema e rubor marcado com limitação funcional das articulações referidas. Não se objetivaram alterações orofaríngeas, cutâneas ou neurológicas. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica, elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose, proteína C reativa 45,7 mg/dL, velocidade de sedimentação 104 mm/hora) e título de antiestreptolisina O elevado (1374 UI/mL). Foi internada para estudo, sob ceftriaxone até esclarecimento adicional. Durante o internamento evoluiu com poliartrite aditiva assimétrica das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e distais bilateralmente. Da restante investigação diagnóstica destaca-se hemoculturas negativas, serologias não reativas de vírus imunodeficiência humana, vírus hepatite B, vírus hepatite C, vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, parvovírus B19 e de *Leptospira*, fator reumatoide discretamente elevado, antipeptídeo citrulinado cíclico negativo. Ecograficamente apresentava tenossinovite difusa dos tendões extensores e flexores dos punhos, sinovite das articulações intercárpicas e do tornozelo direito. De acordo com os critérios de Jones foi assumido o diagnóstico de febre reumática, tendo-se excluído envolvimento cardíaco por ecocardiograma. Foi suspenso o tratamento com ceftriaxone e iniciada benzilpenicilina benzatínica, que manteve como profilaxia secundária mensal, associada a terapêutica anti-inflamatória, com desmame progressivo de corticoide e introdução de colchicina, verificando-se melhoria clínica e analítica progressiva.

Discussão

A febre reumática é uma complicação possível que habitualmente surge 2-4 semanas após uma faringite por *Streptococcus* do grupo A e que pode apresentar-se com poliartrite aditiva, cardite, alterações neurológicas e/ou cutâneas. A exclusão de diagnósticos diferenciais e de envolvimento cardíaco é determinante para o tratamento, realçando-se ainda a necessidade de manutenção

QUANDO A ASCITE NÃO É APENAS CARDÍACA: O DIAGNÓSTICO TARDIO DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Beatriz la Féria¹; Maria Margarida Marques²; Margarida Vieira Martins²;
Selma Mulemba Baptista²; Margarida Monteiro²; Maria Rosário Araújo²; Olinda Caetano²

1. IPO PORTO

2. ULS BRAGA

CASO CLÍNICO

A ascite surge mais frequentemente como complicação da doença hepática crónica, podendo também ser secundária a insuficiência cardíaca (IC) ou neoplasias. A ascite como manifestação inicial de neoplasia gástrica é incomum e associa-se, geralmente, a doença avançada e mau prognóstico. A análise do líquido ascítico (LA), nomeadamente, do gradiente sero-ascítico de albumina (GSAA) é fundamental para a orientação diagnóstica. Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, inicialmente seguido por astenia, perda ponderal, aumento do volume abdominal e edema dos membros inferiores. Do estudo analítico inicial, destacava-se elevação da bilirrubina, da fosfatase alcalina e do pró-BNP. No TC tóraco-abdomino-pélvico (TC-TAP), observava-se cardiomegalia, derrame pleural bilateral e pericárdico, fígado com dimensões no limite superior da normalidade e ascite de grande volume. O ecocardiograma revelou IC de fração de ejeção reduzida e insuficiência mitral severa. Sem alterações nos exames endoscópicos. O LA tinha predomínio de células polimorfonucleares, GSAA superior a 1,1g/dL (1,7 g/dL), bacteriológico e citológico negativos. A ascite foi interpretada como secundária a hipertensão portal (HTP), em contexto de IC e hepatopatia. O doente iniciou terapêutica modificadora de prognóstico e abstinência alcoólica, com melhoria clínica, e teve alta após dois anos. Quatro anos depois, recorre ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços, aumento do perímetro abdominal, enfartamento precoce e perda ponderal. Realizou novo TC-TAP que revelou ascite de moderado volume e carcinomatose peritoneal. O LA tinha predomínio de células mononucleares e GSAA inferior a 1,1 g/dL (0,8 g/dL). Bacteriológico negativo e citológico negativo para células malignas. Realizou novos exames endoscópicos, que revelaram esofagite de refluxo e gastropatia papuliforme eritematosa do antro. Um mês depois, regressou com vômitos persistentes e paragem da emissão de fezes. O LA tinha predomínio de células mononucleares e GSAA superior a 1,1 g/dL (1,3 g/dL). Os exames bacteriológico e citológico mantinham-se negativos. O TC-TAP era sobreponível ao anterior. Ficou internado por quadro suboclusivo secundário a neoplasia de primário oculto e foi submetido a uma laparoscopia exploratória que revelou volumosa neoplasia no antro gástrico aderente às estruturas adjacentes, irressecável. O doente teve evolução desfavorável, falecendo no internamento. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da ascite quando coexistem múltiplas etiologias plausíveis. Inicialmente, o GSAA superior a 1,1 g/dL e o contexto de IC sugeriam ascite por HTP. Contudo, a recorrência da ascite, a carcinomatose peritoneal e a alteração para GSAA inferior a 1,1 g/dL levantaram a suspeita de ascite maligna. Os resultados repetidamente negativos dos exames de imagem e endoscópicos desafiavam as probabilidades e realçam a importância da manutenção de elevada suspeição clínica perante um doente com evolução clínica desfavorável.

PANCITOPENIA NO DOENTE CIRRÓTICO: E AGORA?

Dany Campos da Cruz; Beatriz Rosa; Flávia Freitas; Catarina Pinto Silva; Alexandra Leitão; Francisca Pereira; Paula Felgueiras

HOSPITAL BARCELOS

CASO CLÍNICO

Introdução

As citopenias são motivos frequentes de consulta de Medicina Interna. Tanto na doença hepática crónica como nas doenças hematológicas primárias pode haver citopenias, sendo a sua distinção, por vezes, difícil. Este caso salienta a necessidade de uma pesquisa ativa de sinais de alarme, principalmente em doentes com comorbilidades que possam atuar como fatores confundidores.

Caso Clínico: Homem, 66 anos, com antecedentes pessoais de doença hepática crónica avançada de etiologia alcoólica com sinais de hipertensão portal clinicamente significativa, nomeadamente varizes esofágicas pequenas. Teve seguimento hospitalar por pancitopenia de longa data, assumido no contexto de hiperesplenismo e toxicidade medular pelo álcool, embora estivesse abstinente há dez anos. Cumpria rastreio semestral para o hepatocarcinoma. Foi admitido no Serviço de Medicina por quadro constitucional com astenia, perda ponderal, febre e hipersudorese nocturna com 1 mês de evolução. Negava contexto epidemiológico relevante e contacto com casos conhecidos de tuberculose bacilífera. Ao exame objetivo, anictérico, sem ascite clinicamente significativa e sem adenopatias palpáveis. Analiticamente com hemoglobina de 6.5 g/dL, leucopenia com neutropenia grave, hipervitaminose B12, PCR 2.3 mg/dL, VS 6 mm e LDH 624 UI/L. A contagem de reticulócitos era baixa, o esfregaço sanguíneo não tinha alterações e o valor de haptoglobina afastava a hipótese de quadro de hemólise intravascular. Do estudo infeccioso, tinha hemoculturas estéreis aos 14 dias de incubação, sem vegetações valvulares no ecocardiograma transtorácico e com pesquisa negativa dos vírus hepatotróficos clássicos, Citomegalovírus, Epstein-Barr e Parvovírus. O estudo de imagem com TC, com protocolo trifásico a nível hepático, apenas revelou trombose do ramo direito da veia porta de novo, sem que tivesse iniciado hipocoagulação pela necessidade de suporte transfusional. O baço estendia-se até à escavação pélvica. Fez estudo endoscópico, sem evidência de hemorragia. Na imunoeletroforese sérica e urinária não havia picos monoclonais, mas na imunofenotipagem havia a presença de 8.8% de blastos da linha mielóide, achados que foram posteriormente comprovados no estudo medular, com o diagnóstico de leucemia mielóide aguda.

Discussão: O diagnóstico de doenças hematológicas em doentes cirróticos é dificultado pelos achados que podem ser comuns em ambos os quadros, nomeadamente as citopenias e os eventos trombóticos. As causas hemato-oncológicas devem ser investigadas, principalmente na presença de quadro constitucional ou de achados desproporcionais ao grau de doença hepática.

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: QUANDO A PESQUISA DE CLOSTRIDIODES DIFFICILE É NEGATIVA

Dany Campos da Cruz; Carolina Oliveira; Beatriz Rosa; Flávia Freitas; Francisca Pereira; Carla Lemos Costa; Paula Felgueiras

HOSPITAL BARCELOS

CASO CLÍNICO

Introdução

A infecção por *Clostridioides difficile* é uma das principais causas de diarreia associada aos cuidados de saúde, particularmente se houver história de exposição a antibióterápia. A colite pseudomembranosa representa uma complicação grave da doença.

Caso Clínico

Mulher, 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular e doença cerebrovascular. Tinha história de um internamento no mês anterior por sépsis com ponto de partida urinário, tendo tido uma recuperação favorável. Recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do número de dejeções, de características aquosas, queixas de anorexia e deterioração do estado geral, com dois dias de evolução. Negava contexto epidemiológico ou conviventes doentes. Foi admitida no Serviço de Medicina por lesão renal aguda no contexto de desidratação. Apesar da apirexia sustentada, manteve aumento dos parâmetros inflamatórios, sem outras queixas focalizadoras. Na imagem com TC, a nível abdominal e pélvico, era evidente um exuberante espessamento parietal difuso da ampola retal, do sigmóide e do cólon descendente distal, com preenchimento líquido e infiltração dos planos adiposos peritoneais adjacentes. Estes achados imagiológicos eram sugestivos de colite aguda com características inflamatórias. O estudo das fezes com coproculturas, pesquisa de agentes parasitológicos e a pesquisa de antígeno e toxina de *C. difficile* foram negativos. Por persistência da suspeita clínica, fez retossigmoidoscopia, cujos achados de eritema da mucosa, úlceras pequenas de fundo branco e microerosões difusas foram compatíveis com colite pseudomembranosa. Iniciou vancomicina oral, com melhoria clínica e analítica progressiva. A infecção foi depois confirmada com pesquisa por PCR nas fezes.

Discussão

A infecção por *C. difficile* tipicamente surge na sequência da perturbação do microbiota intestinal por esquemas de antibióterápia, sendo uma causa frequente de diarreia associada aos cuidados de saúde. Apesar de uma apresentação clínica sugestiva, os achados microbiológicos iniciais, com pesquisa de toxina e antígeno negativos, atuaram como fator confundidor. Com este caso pretende-se reforçar a importância de persistir a marcha diagnóstica em situações de elevada suspeita clínica.

PO 232

QUANDO O MENOS ÓBVIO SE IMPÕE: VASCULITE ASSOCIADA A ANCA-MPO

Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida; Inês Rafael Marques; Inês de Albuquerque Monteiro;
Carla Madureira Pinto; Pedro Macedo Neves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MÉDIO AVE

CASO CLÍNICO

Introdução

As vasculites associadas a ANCA são vasculites de pequenos vasos, de natureza autoimune, que podem atingir múltiplos órgãos, sobretudo rim, pulmão e sistema nervoso. A apresentação inicial é muitas vezes indolente e inespecífica, dificultando o diagnóstico. O reconhecimento atempado é crucial para prevenir lesão irreversível de órgãos.

Caso clínico

Homem de 63 anos, previamente autónomo, com antecedentes de doença pulmonar crónica obstrutiva e cessação tabagica recente, admitido no SU por urgência miccional, astenia, anorexia e perda ponderal de 10 kg com 3 meses de evolução. Doente admitido em internamento para estudo, a destacar: analiticamente paraâmetros inflamatórios elevados (PCR 23,8mg/dL; Leucocitos 21720/uL Neutrófilos 76,30%) anemia (Hb 7,9g/dL), trombocitose (Plaquetas 542000/uL), eosinofilia periférica, lesão renal aguda (Creat 2,66mg/dL), proteinúria subnefrótica (proteínas 991,20mg/24h) e pesquisa de eosinófilos na urina positiva; ANCA anti-MPO positivo, com PR3 e anti-GBM negativos e sem consumo de complemento. Após parecer de Nefrologia realizou biópsia renal com a confirmação de glomerulonefrite cresçante pauci-imune, tendo sido encaminhado para orientação terapêutica e seguimento. O estudo complementar documentou ainda atingimento pulmonar, do sistema nervoso central e do sistema nervoso periférico, com alterações imagiológicas sugestivas de vasculite cerebral e mononeuropatias múltiplas na eletromiografia.

Discussão

Este caso evidencia a dificuldade diagnóstica das vasculites ANCA quando se apresentam sob a forma de síndrome constitucional. A ausência de sinais focalizadores iniciais e a inespecificidade dos achados atrasam frequentemente o diagnóstico, impondo exclusão de causas infecciosas e neoplásicas. A abordagem multidisciplinar e a biópsia renal assumiram um papel central na confirmação diagnóstica e orientação.



PO 233

DOR LOMBAR REFRATÁRIA: QUANDO UMA CAUSA RARA SE ESCONDE ATRÁS DE UM SINTOMA COMUM

Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida; Sara Marques Silva; Inês de Albuquerque Monteiro; Bernardo Silvério; Ana Lima Silva; Pedro Macedo Neves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MÉDIO AVE

CASO CLÍNICO

Introdução

O plasmocitoma solitário ósseo é uma neoplasia rara de células plasmáticas, caracterizada pela presença de uma lesão num único osso, sem evidência de doença sistémica típica de mieloma múltiplo. Representa cerca de 3 a 5% das displasias plasmocitárias e manifesta-se frequentemente por dor localizada. A sua identificação é fundamental pelo risco de progressão para mieloma múltiplo.

Caso clínico

Homem de 75 anos, autónomo, hipertenso e diabético, admitido no serviço de urgência por dor lombar de difícil controlo, com vários meses de evolução. Do estudo realizado em ambulatório apresentava TC Lombar, RM Lombar e Cintigrafia óssea a mostrar alteração a nível da região lombar suspeita de infiltração secundária ou outra natureza. Decidido internamento para estudo, onde se destaca, cadeias leve do soro kappa e lambda aumentadas com relação κ/λ diminuída; cadeias leves na urina com aumento lambda; electroforese e imunoelectroforese de proteínas no soro sem componente monoclonal. Realizou PET que evidenciou foco de captação aumentado numa lesão lítica do corpo vertebral de L1, sem outras áreas sugestivas de doença metabólica ativa. Foi realizada biópsia vertebral de L1, que demonstrou infiltração difusa da medula óssea por neoplasia de plasmócitos, compatível com plasmocitoma. O doente foi referenciado a Hematologia para orientação terapêutica.

Discussão

O plasmocitoma solitário vertebral pode apresentar-se apenas com dor persistente, mimetizando patologia degenerativa da coluna. O diagnóstico requer integração de achados imagiológicos, estudo de cadeias leves e confirmação histológica. O tratamento baseia-se principalmente em radioterapia local, sendo necessária vigilância prolongada pelo risco de progressão para mieloma múltiplo. Este caso reforça a importância de considerar etiologias hematológicas na avaliação de dor lombar persistente e refratária.

AMOXICLAV OU AZITROMICINA? QUAL O CAUSADOR DE PUSTULOSE GENERALIZADA EXANTEMÁTICA AGUDA?

João Ferreira de Melo; Hugo Ventura; Sofia Camões; Beatriz Silva; Filipa Reis;
José Mota Fonseca; Catarina Silva; Margarida Rato; Manuela Oliveira; Edite Nascimento

HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, E.P.E. - VISEU

CASO CLÍNICO

Introdução

A pustulose generalizada exantemática aguda (PGEA) é uma toxidermia rara (incidência estimada em 1:1 000 000 /ano), caracterizada por desenvolvimento de numerosas pústulas estéreis não foliculares com fundo de exantema eritematoso. Na maioria dos casos é causada por antibióticos, antifúngicos, bloqueadores dos canais de cálcio e antimaláricos. Alterações cutâneas desenvolvem-se em horas ou dias após a exposição ao fármaco.

Caso clínico

Mulher de 83 anos, recorre ao serviço de urgência (SU) por exantema cutâneo em agravamento progressivo com 7 dias de evolução. Atingimento inicial dos membros superiores com posterior agravamento e extensão ao tronco. História clínica detalhada identificou introdução de Amoxicilina + Ácido Clavulânico e Azitromicina (por infeção respiratória) 3 dias antes do início dos sintomas (10 dias antes da ida ao SU). Tinha sido medicada com aciclovir oral em hospital privado na presunção de infeção herpética dada a presença de lesões vesiculares. Ao exame objetivo apresentava exantema macular eritematoso disperso pelo tronco, membros superiores e coxas com presença de múltiplas micro-pústulas nas placas. Análises com ligeira leucocitose sem eosinofilia, Proteína C reativa 6.20 mg/dL (N: <0,50 mg/dL) sem alteração da enzimologia hepática e evidência de lesão renal aguda (LRA) com creatinina sérica de 3,5 mg/dL (doente com doença renal crónica e creatinina basal de 2,5 mg/dL) multifatorial. Iniciada corticoterapia sistémica com prednisolona e corticoterapia tópica na presunção de toxidermia. Internada dada extensão das lesões a lesão renal aguda, durante o qual foi realizada biópsia cutânea. Resolução rápida da LRA sob fluidoterapia, tornando pouco provável envolvimento renal pela toxidermia. Serologias do vírus da hepatite B, hepatite C, vírus da imunodeficiência humana, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, vírus varicela-zoster, *Mycoplasma pneumoniae* e serologia da sífilis sem evidência de infeção aguda e auto-imunidade negativa. Avaliada pela especialidade de Dermatologia que concluiu tratar-se de pustulose generalizada exantemática aguda. A doente apresentou franca melhoria das lesões, acompanhada de melhoria analítica de parâmetros inflamatórios. Teve alta do internamento a cumprir esquema de desmame rápido de corticoterapia, mantendo aplicação de betametasona. Informado a doente que, no futuro, não deverá cumprir terapêutica com penicilinas ou macrólidos.

Discussão

O diagnóstico de PGEA é baseado na apresentação clínica e exame histológico de biópsia cutânea. Na maioria dos casos resolve espontaneamente em 1 a 2 semanas após descontinuação do fármaco, recomendando-se corticoterapia tópica e controlo sintomático. Para doentes com doença severa, sugere-se ciclo curto de prednisolona na dose de 1 mg/Kg com desmame progressivo. No caso exposto, não se consegue afirmar com certeza o agente causal porque tanto as penicilinas como os macrólidos pode ser agentes causais deste tipo de toxidermia.



SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA COMO APRESENTAÇÃO DE VASCULITE REUMATÓIDE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Inês Santos Graça; Ana Laura Costa; Beatriz L. Andrade; Helena Estevão-Pereira; Matilde Boavida; Alexandre Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

CASO CLÍNICO

Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistémica crónica, imunomediada, com envolvimento articular predominante. O atingimento extra-articular é frequente, mas o compromisso do sistema nervoso central é raro, podendo manifestar-se na forma de vasculite reumatóide (VR). Esta apresentação pode cursar com vários sintomas, incluindo síndrome confusional aguda, o que constitui um desafio diagnóstico, podendo atrasar o reconhecimento da etiologia subjacente.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 75 anos, iniciou quadro de letargia alternada com agitação psicomotora, desorientação, discurso incoerente e alucinações visuais com 2 semanas de evolução, associado a febre e gonalgia direita inflamatória. Nos seis meses prévios, descreveu poliartralgias inflamatórias, migratórias, de médias e grandes articulações. À admissão, confirmada gonartrite direita. Analiticamente, destaca-se elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 183 mg/L, VS 54 mm/h). Realizou artrocentese, compatível com etiologia inflamatória (11500 leucócitos/ μ L, 87% neutrófilos). Do estudo etiológico exaustivo, incluindo causas infecciosas, autoimunes e neoplásicas, salienta-se positividade para o fator reumatóide e anticorpos anti-citrulina. Pela síndrome confusional aguda (persistente ao longo do internamento), submetido a TC, angio-TC e RM cerebral (não tendo tolerado angioRM), o que permitiu excluir lesão isquémica, hemorrágica e ocupante de espaço. Anticorpos onconeuronais séricos negativos. LCR sem alterações, com biomarcadores de doença de Alzheimer negativos.

Foi assumido o diagnóstico de AR seropositiva, com hipótese de envolvimento vasculítico do sistema nervoso central. Iniciada corticoterapia sistémica em dose elevada (metilprednisolona 60 mg/dia ev) e metotrexato 15mg/semana, com resolução da artrite, normalização dos parâmetros inflamatórios e recuperação completa do estado neurológico. Teve alta sob esquema de desmame de prednisolona. Atualmente, com AR em remissão, sem recidiva do atingimento do sistema nervoso central.

Discussão

A VR do sistema nervoso central é uma manifestação rara, podendo ocorrer precocemente. O diagnóstico é de exclusão e frequentemente limitado pela ausência de alterações imagiológicas específicas. A resposta favorável à corticoterapia constitui um elemento de suporte à etiologia inflamatória. Este caso reforça a necessidade de considerar causas autoimunes em síndromes confusionais sem etiologia clara definida, sobretudo na presença de inflamação sistémica.

Conclusão: A síndrome confusional pode ser manifestação inaugural de AR, com possível envolvimento do sistema nervoso central. O reconhecimento precoce e a instituição de terapêutica imunossupressora adequada são determinantes para a reversibilidade clínica e prognóstico favorável.

PO 241

GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE, SEM VASCULITE E AUTO-ANTICORPOS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Beatriz L. Andrade; Filipa Trigo; Ana Luísa Nunes; Vasco Barreto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

CASO CLÍNICO

A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA) é uma vasculite sistémica de pequenos e médios vasos, caracterizada por asma, eosinofilia periférica e inflamação granulomatosa. O diagnóstico é frequentemente complexo, sobretudo quando os anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA) são negativos ou a evidência histológica de vasculite é inconclusiva, como demonstrado no presente caso clínico. Doente do sexo masculino, 71 anos, com antecedentes de doença pulmonar crónica (bronquite crónica e episódios recorrentes de broncoespasmo) e evento coronário agudo prévio, iniciou quadro com 8 meses de evolução, caracterizado por perda ponderal, astenia, anorexia, dispneia progressiva, mialgias e artralgias inflamatórias e migratórias de médias e grandes articulações. Do estudo efetuado, destaca-se hipereosinofilia extrema ($> 15.000/uL$), que apresentava pelo menos há ~10 anos, após revisão do processo clínico. Identificada ainda, elevação da IgE ($> 3000 UI/mL$). Fator reumatóide aumentado ($112.3 UI/mL$), mas restante estudo imune normal, incluindo ANCA. Efetuado despiste de causas infecciosas, bem como neoplásicas (incluindo avaliação tiroideia, prostática, torácica, abdominal, pélvica, estudos endoscópicos e estudo medular por mielograma). Perante os achados analíticos e a história de doença pulmonar crónica, equacionada hipótese de GEPA, tendo sido submetido a broncofibroscopia, que demonstrou eosinofilia no lavado. Solicitada avaliação por ORL, que documentou pólipos nasais, mas cuja histologia revelou edema e ligeiro infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, sem eosinofilia ou vasculite. Explorado antecedente coronário, não tendo sido submetido a angioplastia por ausência de lesão coronária identificada, podendo ter-se tratado de uma angina de Prinzmetal por coronarite.

Assim, ainda que não se tenha documentado vasculite histologicamente, assumido diagnóstico de GEPA. Iniciada corticoterapia sistémica com prednisolona $1mg/Kg/dia$ ($60mg$), em esquema de desmame lento, verificando-se resolução progressiva sintomática, bem como normalização dos eosinófilos. Mantém-se atualmente assintomático, com eosinófilos $300-500/uL$, sob prednisolona $5mg/dia$.

Este caso ilustra a dificuldade em estabelecer o diagnóstico da GEPA, destacando-se a importância em valorizar a hipereosinofilia exuberante, bem como o atingimento multiorgânico (mesmo que pregresso), na ausência de ANCA e de vasculite documentada histologicamente. A excelente resposta à corticoterapia sistémica constitui, per se, uma pista diagnóstica.

PO 243

MENINGITE BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS SALIVARIUS - UM CASO MÉDICO-CIRÚRGICO

Diana Carvalho Pereira¹; Francisco Pombo¹; Lindora Pires¹; Paulo Reis²

1. CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE / HOSPITAL PADRE AMÉRICO, VALE DO SOUSA

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

CASO CLÍNICO

Introdução

A meningite bacteriana associa-se habitualmente a focos infecciosos identificáveis. Contudo, defeitos estruturais da base do crânio podem constituir portas de entrada raras e de difícil reconhecimento, sendo a sua identificação crucial para prevenir recorrência.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e depressão, admitida no Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência com agitação, desorientação e discurso repetitivo. À admissão encontrava-se subfebril, sem défices neurológicos focais e com elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos. A TC crânio-encefálica revelou lesão osteolítica do seio frontal esquerdo com envolvimento do teto orbitário. A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano turvo, pleocitose, hiperproteinorraquia e com consumo de glicose. Foi iniciada antibioterapia empírica de largo espectro e terapêutica antifúngica. Isolamento de *Streptococcus salivarius* no LCR permitiu descalonamento para penicilina, com evolução favorável. A RMN confirmou lesão expansiva fronto-orbitária esquerda. O estudo etiológico adicional excluiu neoplasia. Foi então diagnosticado meningoencefalocelo frontoetmoidal esquerdo com solução de continuidade dural. A doente foi posteriormente submetida a correção microcirúrgica por via extradural, com excisão do saco herniário e reconstrução dural, com evolução pós-operatória favorável.

Discussão

Este caso ilustra um fator facilitador de meningite bacteriana por defeito estrutural da base do crânio, destacando a importância da investigação imagiológica em quadros confusionais sem causa evidente. A presença prévia de alterações ósseas sugere evolução insidiosa e possível oportunidade diagnóstica antecipada. A abordagem multidisciplinar foi determinante para o tratamento definitivo e prevenção de recorrência.

PO 247

DA MORDEDURA DE CÃO À BACTERIÊMIA: UM CASO INCOMUM DE PNEUMONIA POR CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS

Luísa da Costa Mendonça; João Gaspar; Nancy Faria; Marcelo Aveiro; Teresa Faria
HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

CASO CLÍNICO

Introdução

A infecção por *Capnocytophaga canimorsus* é uma entidade rara, habitualmente associada a mordeduras de cão, que pode evoluir para bacteriemia grave, sobretudo em indivíduos com fatores de risco como asplenia ou alcoolismo. A apresentação em doentes imunocompetentes e sob a forma de pneumonia é incomum.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 60 anos, previamente saudável, que recorre ao serviço de urgência por quadro de febre e mialgias com início no próprio dia. Referia mordedura por cão vacinado três dias antes. À admissão, encontrava-se febril, apresentando ferida inflamatória no 2.º dedo da mão direita, compatível com o local da mordedura. Analiticamente, destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios - Proteína C reativa (PCR) de 272 mg/L, disfunção renal, com creatinina de 1.22mg/dL, e alterações das provas de função hepática, nomeadamente um padrão de citólise sem hiperbilirrubinemia. A radiografia de tórax evidenciou uma hipotransparência na base pulmonar esquerda. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. As hemoculturas colhidas no momento do diagnóstico isolaram *Capnocytophaga canimorsus*, tendo o doente sido transferido para o serviço de Infeciologia com o diagnóstico de bacteriemia por este agente com pneumonia associada. Verificou-se evolução clínica favorável, com apirexia sustentada e diminuição dos parâmetros analíticos de fase aguda. Teve alta hospitalar ao 4.º dia de tratamento, com indicação para manter antibioterapia oral por mais x dias. Em reavaliação posterior, 2 dias após a alta hospitalar, apresentava normalização da função renal (Creatinina 1.22mg/dL < 0.88mg/dL) e redução significativa dos parâmetros inflamatórios (PCR 272mg/L > 23mg/L), e ainda mantinha alteração das provas de função hepática.

Conclusão

Este caso destaca a importância de considerar a infecção por *Capnocytophaga canimorsus* em doentes com história recente de mordedura de cão, mesmo na ausência de fatores de risco. Ressalva-se a apresentação atípica sob a forma de pneumonia adquirida na comunidade. O reconhecimento precoce e a instituição de antibioterapia adequada são fundamentais para um prognóstico favorável.

PERICARDITE RECORRENTE: ENTRE O CONTROLO DA DOENÇA E A IATROGENIA

Eva Silva Fernandes; Daniela Barbosa; Filipe Cunha; Mari Mesquita

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE

CASO CLÍNICO

Introdução

A pericardite recorrente é uma das principais complicações da pericardite aguda, ocorrendo em até 30% dos doentes. O tratamento de primeira linha inclui anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e colquicina, reservando-se os corticoides para casos selecionados. Os antagonistas da interleucina-1 (IL-1) surgem como alternativa eficaz em doentes refratários ou dependentes de corticoterapia.

Descrevemos um caso de pericardite recorrente idiopática com múltiplas recidivas e complicações associadas à corticoterapia, que motivou introdução de anakinra.

Caso clínico

Sexo feminino, 63 anos, sem antecedentes de relevo. Apresentou um primeiro episódio de pericardite aguda tratado com colquicina e paracetamol, por alergia a AINEs não estudada, com boa evolução. Cinco meses depois apresentou recidiva, com dor torácica, aumento dos parâmetros inflamatórios e ecocardiograma transtorácico com espessamento pericárdico e ligeira lâmina de derrame pericárdico. Iniciou indometacina e colquicina, com boa resposta clínica e laboratorial.

Um mês após redução da dose de indometacina, verificou-se nova recidiva com febre, dor torácica, aumento dos parâmetros inflamatórios e derrame pericárdico circunferencial ligeiro. Foi internada para estudo etiológico, com exclusão de causas infecciosas, neoplásicas e autoimunes, assumindo-se pericardite recidivante idiopática.

Um mês depois apresentou nova recidiva apesar do tratamento com colquicina e indometacina. A ressonância magnética cardíaca mostrava intenso realce tardio pericárdico e pequeno derrame pericárdico. Foi iniciada corticoterapia, com melhoria clínica e analítica. Após suspensão, apresentou nova recidiva com dor torácica e subida dos parâmetros inflamatórios, com necessidade de reinício de terapêutica tripla.

Após dez meses de corticoterapia, a doente desenvolveu quadro compatível com síndrome de Cushing iatrogénico. Perante pericardite recidivante corticodependente em doente com iatrogenia, foi iniciado anakinra. Mantém-se atualmente assintomática sob anakinra e dose baixa de corticoide.

Discussão

Este caso ilustra a dificuldade no tratamento da pericardite recorrente idiopática e o impacto da corticoterapia prolongada. Embora eficazes no controlo sintomático, os corticoides devem ser usados na menor dose necessária e pelo menor período possível, devendo ser privilegiadas estratégias poupadoras de corticoide sempre que possível. Os antagonistas da IL-1, como o anakinra, constituem atualmente uma opção terapêutica eficaz em doentes corticodependentes ou refratários, permitindo melhor controlo inflamatório e redução progressiva da corticoterapia.

UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA DO TRANSPLANTE FECAL

Margarida Oliveira; Beatriz Vitó Madureira; Catarina Almeida; Rita Pinto Araújo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

CASO CLÍNICO

Introdução

O transplante de microbiota fecal (TMF) é uma terapêutica eficaz e cada vez mais utilizada na infeção recorrente por *Clostridioides difficile*. Apesar de apresentar um perfil de segurança globalmente favorável, trata-se de um procedimento invasivo que pode estar associado a um risco relevante de complicações em populações vulneráveis. A laceração de Mallory-Weiss é uma causa bem estabelecida de hemorragia digestiva alta, habitualmente associada a episódios eméticos, mas que poderá surgir em contexto de procedimentos endoscópicos. O caso apresentado ilustra uma complicação pouco frequente, mas clinicamente relevante, da realização de TMF por via endoscópica.

Caso Clínico

Mulher de 90 anos, com AP de HTA, DM tipo 2 e dislipidemia. Num espaço de 3 meses, teve duas infeções por *Clostridioides difficile* (CD), tendo completado um ciclo de vancomicina e, posteriormente, 1 ciclo de fidaxomicina, sem resposta clínica sustentada. Retornou ao SU, 21 dias após a alta hospitalar, por recorrência de dejeções diarreicas com 5 dias de evolução, sem febre objetivada. Do estudo analítico, destacava-se anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 10.2g/dL; VGM 99.7 fL; CHCM 33.1 g/dL, sobreponível ao habitual), aumento da PCR (16.7 mg/L), mas sem leucocitose. Apesar de pesquisa de GDH negativa, foi confirmada a presença de CD toxigénico. Decidido novo internamento sob fidaxomicina, que cumpriu durante 7 dias, sendo posteriormente submetida a TMF por via endoscópica. O procedimento decorreu sem intercorrências imediatas. Após 12 horas, evoluiu com quadro de hematoquezias, instabilidade hemodinâmica e queda de 3.6g/dL de hemoglobina. Foi submetida a EDA com evidência de laceração de Mallory-Weiss de 3-4 cm e coágulo aderente. Decidido suspender a terapêutica anticoagulante profilática e antiagregante, tendo iniciado tratamento de suporte com fluidoterapia e transfusão de 2 unidades de glóbulos rubros. Pela ferropenia associada, realizou ainda suplementação EV com 1g de carboximaltose férrica. Evolução clínica e analítica favorável, com estabilização hemodinâmica e sem novas perdas hemáticas, tendo tido alta para o domicílio seis dias após o procedimento endoscópico.

Discussão

O TMF é uma terapêutica eficaz e com bom perfil de segurança na infeção por CD recorrente. No entanto, complicações podem ocorrer, sobretudo em doentes com múltiplas comorbilidades ou com menor reserva funcional. A laceração de Mallory-Weiss está habitualmente associada a mecanismos de elevação da pressão intra-abdominal (ex.: vômitos ou esforço defecatório), mas também pode constituir uma complicação da manipulação endoscópica. No caso clínico apresentado, a combinação de um procedimento endoscópico com fatores predisponentes, como a terapêutica antitrombótica e anticoagulante, contribuiu para o desenvolvimento de complicação hemorrágica. Este caso sublinha a importância de uma avaliação cuidadosa dos riscos implicados em procedimentos invasivos e da monitorização pós-procedimento, principalmente no doente idoso.

PO 252

AITs DE REPETIÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOPERFUSÃO CEREBRAL

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Flávia Freitas; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

CASO CLÍNICO

Introdução

O acidente isquêmico transitório (AIT) constitui uma emergência neurológica associada a elevado risco de acidente vascular cerebral (AVC) precoce, sobretudo nas primeiras 48 horas. Define-se como um episódio transitório de disfunção neurológica causado por isquemia cerebral focal, sem evidência de enfarte agudo em exames de imagem. A sua identificação precoce permite estratificação de risco e implementação de medidas preventivas eficazes.

Caso clínico

Mulher de 75 anos, autônoma e cognitivamente íntegra. Antecedentes de dislipidemia, excesso de peso, hipotireoidismo e adenocarcinoma do cólon com metástases hepáticas sincrônicas, em vigilância anual. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dois episódios de défices focais autolimitados. O primeiro episódio consistiu numa fraqueza transitória dos músculos da mastigação à direita, enquanto estava a comer, com resolução espontânea em minutos. O episódio seguinte apresentou-se com quadro semelhante, mas adicionalmente incapacidade de pegar no talher com a mão direita e com disartria ligeira. Na admissão, hipertensa (TA 156/100 mmHg) e sem défices objetivados ao exame neurológico. Durante a permanência no SU, teve novo episódio com disartria e queda do membro superior direito, revertendo em cerca de um minuto. O angio-TC evidenciou estenose não oclusiva do segmento M1 da artéria cerebral média esquerda, com preenchimento distal preservado, sem sinais de enfarte estabelecido na TC. Assim, o quadro é compatível com AITs de repetição, provavelmente por mecanismo de hipoperfusão. A doente foi transferida para unidade de AVC para vigilância e tratamento. Durante a restante permanência no SU e no transporte, permaneceu em decúbito dorsal com cabeceira a zero graus, sem recorrência dos episódios.

Discussão

O AIT permanece um desafio diagnóstico devido à natureza transitória e, por vezes, atípica dos sintomas. Este caso ilustra a importância da observação clínica contínua, permitindo documentar episódios em tempo real. A identificação de estenose intracraniana significativa reforça a hipótese de hipoperfusão como mecanismo fisiopatológico. A abordagem precoce é fundamental para reduzir o risco de AVC.



ADENOPATIA CERVICAL PERSISTENTE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE HODGKIN

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Gabriela Paulo; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

CASO CLÍNICO

Introdução

A linfadenopatia cervical persistente em adultos jovens constitui um achado clínico relevante, exigindo um diagnóstico diferencial abrangente que inclui etiologias infecciosas, inflamatórias e neoplásicas. O linfoma de Hodgkin clássico assume particular importância neste contexto, manifestando-se frequentemente por adenopatias indolores de evolução subaguda, podendo cursar sem sintomas constitucionais. O reconhecimento precoce e a investigação diagnóstica adequada são determinantes para o estadiamento correto e o início atempado da terapêutica, com impacto direto no prognóstico.

Caso clínico

Mulher de 35 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, observada em consulta de Medicina Interna por tumefação cervical esquerda, com duas semanas de evolução, acompanhada de prurido local discreto. Negava febre, sudorese noturna, anorexia ou perda ponderal. Sem história de infeção recente, contacto com animais ou viagens. Medicação habitual: contraceptivo oral. Ao exame objetivo, identificou-se conglomerado adenopático cervical esquerdo, de consistência dura, aderente aos planos profundos, com cerca de 5 cm de maior eixo. Restante exame sem outras alterações. Analiticamente de relevo: leucocitose (20000/ μ L) e velocidade de sedimentação elevada (61 mm/h). A tomografia computadorizada documentou múltiplas adenopatias cervicais e mediastínicas, incluindo conglomerado cervico-mediastínico com aproximadamente 5 cm, e massa no mediastino anterior (7 x 5.3 cm), de contornos lobulados e captação heterogénea, sugestiva de processo linfoproliferativo. Não se identificaram adenopatias retroperitoneais, nem envolvimento visceral significativo. A biópsia ganglionar cervical, complementada por estudo imunohistoquímico, revelou diagnóstico compatível com linfoma de Hodgkin, subtipo esclerose nodular. A doente foi referenciada para centro oncológico especializado, onde completou o estadiamento com biópsia medular e iniciou seguimento dirigido.

Discussão

O presente caso ilustra uma apresentação clássica de linfoma de Hodgkin em doente jovem, com adenopatia cervical persistente e ausência de sintomas B. A massa mediastínica anterior é característica do subtipo esclerose nodular, o mais frequente nesta faixa etária. A abordagem diagnóstica sistematizada, integrando dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e histopatológicos foi determinante para a confirmação diagnóstica e o estadiamento adequado. O encaminhamento célere para centro especializado possibilita a instituição atempada de terapêutica dirigida, associando-se a taxas de remissão elevadas e prognóstico globalmente favorável neste subtipo histológico.

PO 255

PNEUMONIA NECROTIZANTE POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EM MULHER FUMADORA IMUNOCOMPETENTE

Margarida Bastos Maia; Carlos Grijó; Ana Sofia Pereira; Edite Pereira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

CASO CLÍNICO

A pneumonia necrotizante é uma apresentação rara, mas potencialmente ameaçadora de vida, associada a agentes como *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* (sobretudo MRSA), *Klebsiella pneumoniae* ou anaeróbios. É mais frequente em indivíduos co-infetados com Influenza, com doença pulmonar crónica, fumadores sem doença pulmonar ainda estabelecida, imunodeprimidos, diabéticos, com consumo de álcool importante e com tendência para a aspiração. O *Haemophilus influenzae* é um importante agente causador de infeção respiratória em imunossuprimidos e de agudizações de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Como é um raro causador de pneumonia necrotizante, apresenta-se seguidamente um caso em que tal sucedeu. Mulher, 56 anos, fumadora de 66 unidades maço-ano, com antecedentes de fístula galacto-cutânea esquerda, foliculites com lesões inguinais de hidradenite supurativa e fístula perianal. Recorreu ao serviço de urgência em fevereiro de 2026 com quadro com 3 dias de toracodorsalgia direita pleurítica, tosse produtiva, anorexia, astenia e sonolência. Negou sensação febril e dispneia. O marido estaria com infeção respiratória na semana anterior. Por se encontrar hemodinamicamente instável e com insuficiência respiratória na triagem, foi admitida na Sala de Emergência, onde iniciou ressuscitação volémica, suporte hemodinâmico e foi entubada. Do estudo realizado, a destacar necrose parenquimatosa do lobo pulmonar inferior direito em TAC tórax, PCR de 304mg/dL, leucopenia e trombocitopenia, lesão renal aguda AKIN III e NTproBNP 5000pg/mL por disfunção ventricular esquerda. Perante o diagnóstico de choque séptico com ponto de partida em pneumonia necrotizante, importava identificar o agente. Foram pedidos antígenos urinários de *Legionella pneumophila* e pneumococo, que vieram negativos, painel de vírus respiratórios, que também veio negativo, e hemoculturas, que isolaram *Haemophilus influenzae*. Foi admitida no serviço de Medicina Intensiva para suporte hemodinâmico e ventilatório, onde esteve internada durante 14 dias sob antibioterapia dirigida, apresentando melhoria significativa do quadro com resolução das disfunções orgânicas. Após a transferência para o serviço de Medicina Interna, dada a raridade do agente isolado em imunocompetentes e a história de infeções cutâneas recorrentes nesta doente, foi pedido um estudo inicial para exclusão de defeitos da imunidade humoral e celular, cujos resultados não demonstraram alterações, decidindo-se não prosseguir com um estudo mais específico. A doente teve alta do internamento melhorada, sem insuficiência respiratória e motivada a cessar os hábitos tabágicos após aconselhamento. Habitualmente, o *Haemophilus influenzae* está associado a pneumonia necrotizante na faixa pediátrica. No entanto, também pode surgir em adultos com fatores de risco, como o tabagismo e a imunossupressão, pelo que, quando é a causa de pneumonia necrotizante no adulto, importa esclarecer se o doente é imunodeprimido.

IMAGEM EM MEDICINA

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO



IMAGEM EM MEDICINA

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO

PO 003

IMAGEM ATÍPICA COMO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Sérgio Costa Monteiro; Raquel Vieira; Sara Bravo; Jorge Henriques

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

A insuficiência cardíaca é uma síndrome pautada por sinais/sintomas indolentes. Muitos doentes tendem a adaptar o estilo de vida às limitações sintomáticas, não valorizando a clínica, atrasando a procura de cuidados de saúde.

Mulher, 70 anos, sem antecedentes, referenciada ao SU por dessaturação e edema periférico, negava sintomas. Exame: discreta polipneia, SpO2 89%, edema e TVJ. NTproBNP 6764, ECG ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito. RX torácico revelou marcada cardiomegalia. EcoTT evidenciou insuficiência tricúspide grave com regurgitação severa e PSAP 33 mmHg, função sistólica preservada. RX destacou-se como imagem atípica no diagnóstico inicial de IC.



PO 011

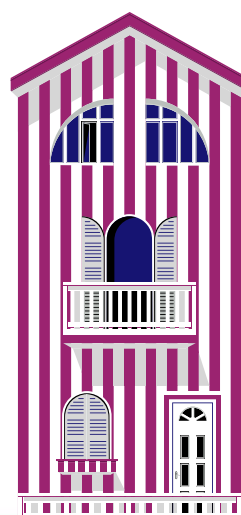
ANEURIMAS DE UM MARFAN

Fernando Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE / HOSPITAL SOUSA MARTINS

IMAGEM EM MEDICINA

A correta definição de aneurisma da aorta torácica (Ao) deve compreender as 3 camadas da parede arterial e a evidência de pelo menos 50% de aumento de diâmetro quando comparado com diâmetro contíguo. Contudo, muitos casos de reparação profilática não cumprem esta definição, existindo guidelines para intervenção cirúrgica. Apresento, um feminino 63 anos, portadora de Sdr. Marfan e invisual, já submetida a valvuloplastia Ao, admitida no SU por palpitações e desconforto torácico com 5h de evolução. Na examinação, taquicardia sinusal, sem sinais de isquemia aguda. Mas, eis que apresenta dilatação justa crossa da art. Aorta.



PO 034

SÉPSIS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA METASTÁTICA DISSEMINADA

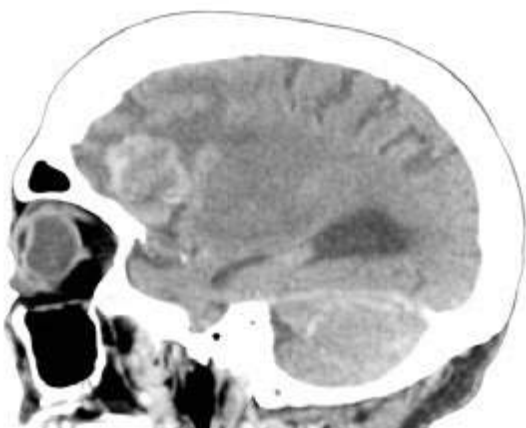
Matilde Boavida¹; Beatriz L. Andrade²; Helena Estevão Pereira²; Natália Pires²; Liliana Carneiro²

1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

IMAGEM EM MEDICINA

Homem de 82 anos, com Parkinson avançado, recorreu à Urgência por febre, prostração e diarreia, apresentando hipotensão, hiperlactacidemia, elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, compatível com sépsis presumivelmente abdominal. A tomografia revelou volumosa massa pulmonar esquerda 10cm, múltiplas metástases pulmonares, hepáticas, esplénica e implantes peritoneais, além de adenomegalias mediastínicas. Identificaram-se múltiplas lesões expansivas supratentoriais e cerebelosas, sugestivas de metastização cerebral. A exuberância imagiológica revelou neoplasia disseminada desconhecida. Atendendo à fragilidade e estadio avançado, optou-se por abordagem paliativa.



PO 038

CÁLCULOS CORALIFORMES BILATERAIS E SÍNDROME URÊMICA – UMA EMERGÊNCIA NEFROLÓGICA

António Moreira Monteiro¹; Tânia Fernandes²; Ana Patrícia Freitas²; Natália Pires²; Carla Maravilha²; Mário Bibi²

1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 64 anos, com lombalgia recorrente há 2 anos. Achados de urolitíase intracalicial e hidronefrose em ecografia reno-vesical e pielonefrite xantogranulomatosa, cálculos coraliformes completos e caliectasias em TC abdominal. Em consulta de Urologia foi proposta para nefrolitotomia e cateterismo ureteral eletivos. Recorreu à urgência 3 dias após por astenia, náuseas e vômitos, culminando em síndrome urémica – lesão renal aguda (ureia 405 mg/dL, creatinina 7,2 mg/dL), acidemia metabólica (pH 7,07, HCO₃⁻ 8 mEq/L) e hipercalemia (8,2 mmol/L), com necessidade de hemodiálise urgente.



PO 043

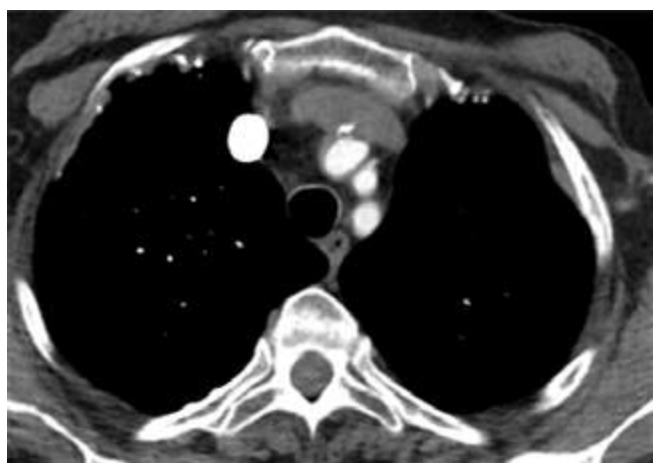
EXPOSIÇÃO AO AMIANTO

Pedro Martins Gonçalves; Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Maria João Costeira Pereira; Pedro Jordão de Freitas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 81 anos, ex-operária com história de doença pulmonar não estudada. Vem à urgência por edema assimétrico dos membros inferiores e dispneia súbita. Realizado TAC Tórax que confirma tromboembolismo pulmonar segmentar direito. Associadamente, descrito espessamentos nodulares em placa de pleura com calcificações dispersas, que, após discussão com imagiologia e pneumologia, conclui-se tratar-se de sequelas de asbestose. Dado o risco de se tratar de um evento paraneoplásico, a doente encontra-se agora em estudo para descartar mesotelioma maligno.



PO 066

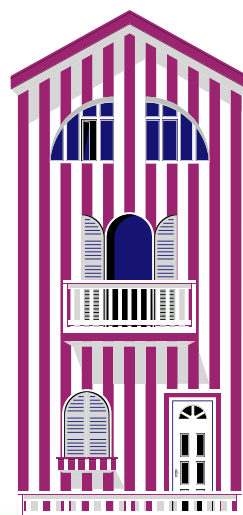
LARGADA DE BALÕES: UM EVENTO RARO DE METASTIZAÇÃO LUNG-TO-LUNG

Ana Barradas; Carolina Amado; Susana Cavadas

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 56 anos, fumador (23 UMA), admitido por síndrome constitucional. A radiografia do tórax revelou múltiplas hipotransparências nodulares dispersas pelos campos pulmonares em padrão “largada de balões”, melhor caracterizadas por tomografia computadorizada. O reconhecimento deste padrão é essencial pois é sugestivo de doença metastática avançada, com prognóstico desfavorável. Após estudo complementar, foi realizado o diagnóstico histológico de adenocarcinoma do pulmão, com metastização lung-to-lung. Este fenómeno é raro, não obstante mais frequente com o adenocarcinoma do pulmão quando considerado o grande grupo de neoplasias pulmonares.



PO 068

QUANDO TRATAR PRECIPITA A EMERGÊNCIA - SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUZIDA POR ALOPURINOL

Ana Filipa C. Correia; Ana Rita Ribeiro; Ricardo Ralha Martins; Sara Campos;
Joana Nascimento; Maria Inês Simões; Isabel Taveira

HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 83 anos, autónoma, diabética tipo 2, hipertensa e com doença renal crónica, iniciou alopurinol. Três semanas depois desenvolveu exantema maculopapular progressivo, evoluindo para lesões eritemato-bolhosas extensas no tronco e membros, com envolvimento oral, elevação de parâmetros inflamatórios e agravamento da função renal. Perante a suspeita de síndrome de Stevens-Johnson provavelmente induzida por alopurinol, confirmada pela Dermatologia, suspendeu-se o fármaco, iniciou metilprednisolona e medidas de suporte. É essencial a suspeição precoce de reações cutâneas adversas graves, sobretudo em doentes idosos polimedicados, bem como a abordagem multidisciplinar.



PO 069

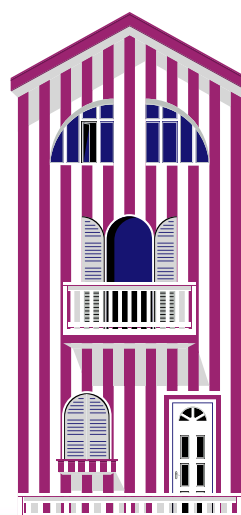
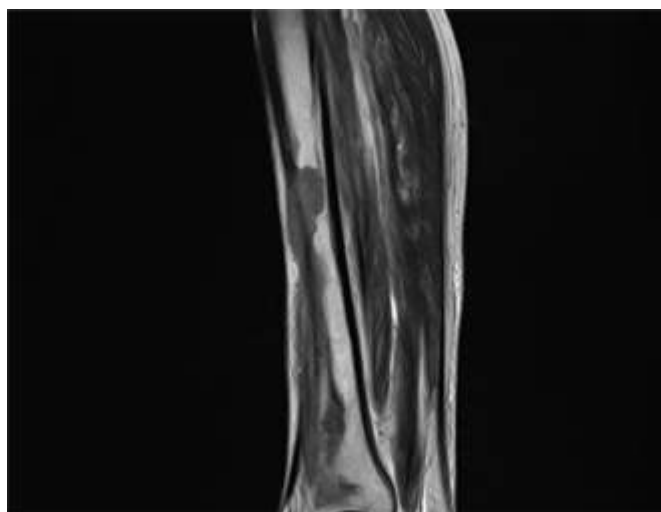
UMA APRESENTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Ana Sofia Pimenta; Clara Pinto; Carolina Marçal; Margarida Resendes; Guilherme Cunha; Susana Cavadas

HOSPITAL INFANTE DOM PEDRO EM AVEIRO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 58 anos com dor no membro inferior direito com 4 meses de evolução após episódio de esforço, sem melhoria com anti-inflamatórios. Realizada ressonância magnética evidenciando lesão tibial infiltrativa. Progressivamente, com perda ponderal, dispneia e dor abdominal. Apresentava massa de contornos irregulares e pétrea na mama direita. Exames de imagem e biópsia revelaram adenocarcinoma da mama com metastização pulmonar, hepática e óssea. A apresentação inicial desta doença numa fase de evolução avançada com metastização difusa é uma manifestação clínica rara de uma doença comum.



PO 070

ABCESSO PULMONAR COM EXTENSÃO À PAREDE TORÁCICA

Iara Ferreira; Andreia Teixeira; Ana Luisa Barbosa

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 23 anos, previamente saudável, admitida por febre (T máx. 39°C) e tumefação dolorosa na região clavicular esquerda com 2 semanas de evolução. A TC torácica com contraste evidenciou abscesso no lobo superior esquerdo com nível hidroaéreo, extensão à pleura e progressão através do 1º espaço intercostal para os tecidos moles da parede torácica anterior. Trata-se de uma apresentação rara de infeção pulmonar complicada, cujo reconhecimento imagiológico é crucial para diagnóstico precoce, orientação terapêutica e prevenção de complicações graves.



PO 077

CORAÇÃO DE PEDRA: UMA IMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Patrícia Varanda Dias; Renata Maçano; Leonor P. Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA E ESPINHO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 74 anos com dispneia em repouso e edema pré-tibial. ECG com QRS de baixa voltagem. Raio x tórax com obliteração dos ângulos costofrênicos bilateralmente e hipertransparência circundante da sombra cardíaca (Imagem 1). AngioTAC cardíaca com espessamento e calcificação extensa do pericárdio, praticamente circunferencial, poupando apenas o ápex (Imagem 2), compatível com pericardite constrictiva, em doente com quadro de insuficiência cardíaca agudizada. O estudo realizado foi negativo, nomeadamente para causas infecciosas ou imunes, tendo-se assumindo etiologia idiopática e optado por tratamento conservador. O raio x foi crucial para levantar a suspeita de cardiopatia constrictiva.



PO 084

OLIGODENDROGLIOMA - QUANDO A IMAGEM ORIENTA O DIAGNÓSTICO

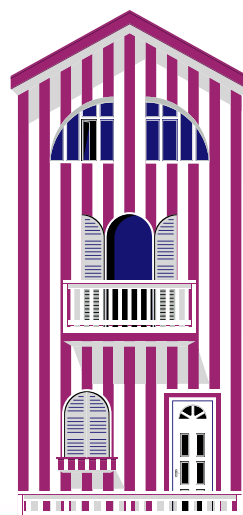
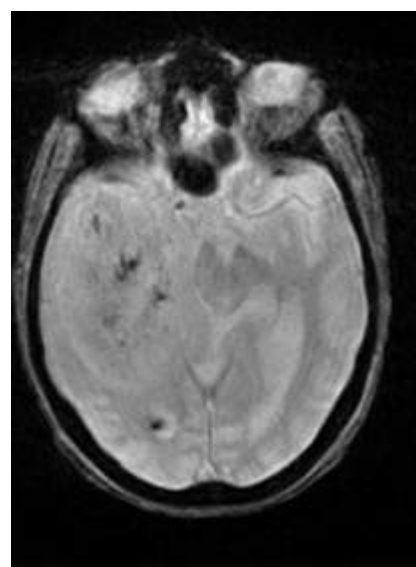
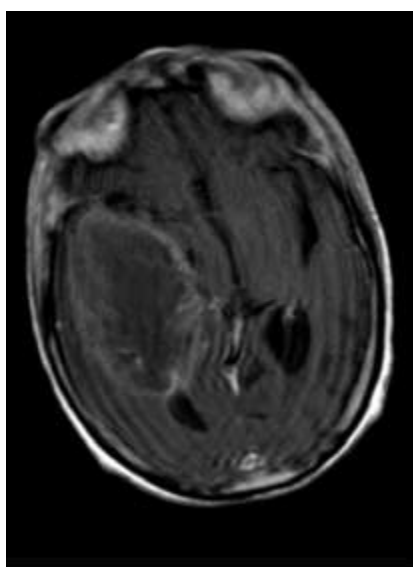
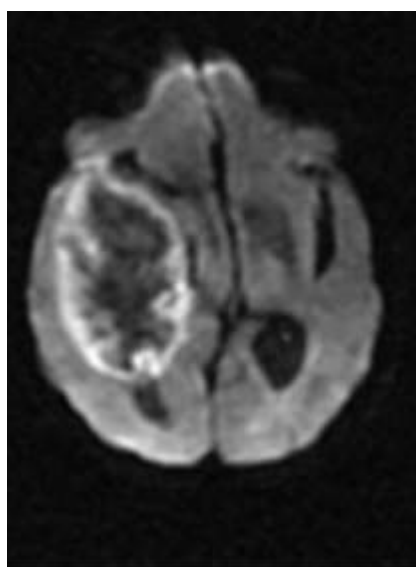
Natália Pires¹; Inês Ribeiro¹; António Moreira Monteiro²; Ana Patrícia Freitas¹; Tomás Bragança Ribau²; Cristina Rodrigues¹

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 83 anos, admitida por declínio cognitivo, confusão e hemiparesia esquerda. A TC cranioencefálica revelou volumosa lesão expansiva direita com edema vasogénico, efeito de massa e desvio da linha média. A RMN evidenciou lesão corticosubcortical temporal direita (8×5×6 cm), heterogénea, com hipossinal em T1/T2, calcificações, captação periférica de contraste e restrição à difusão. Associava-se edema com compressão ventricular e herniação subfalcial e uncal. Pela extensão e condição clínica não foi realizada biópsia, sendo sugestiva de tumor glial de alto grau.



PO 096

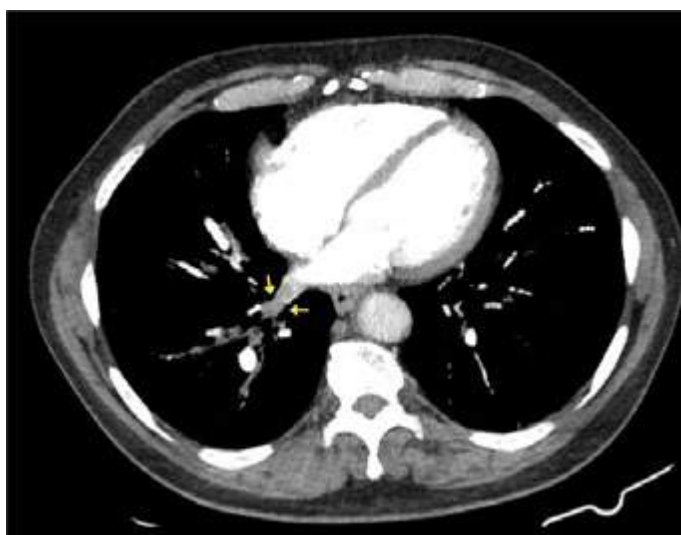
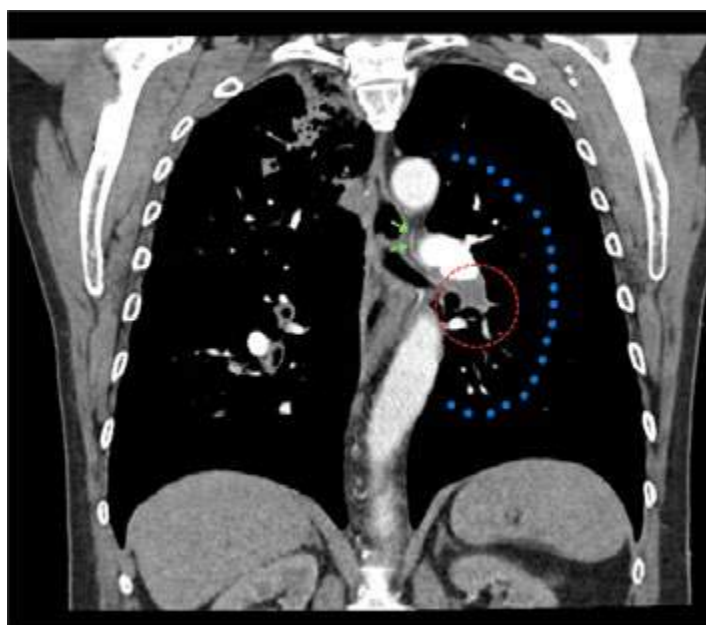
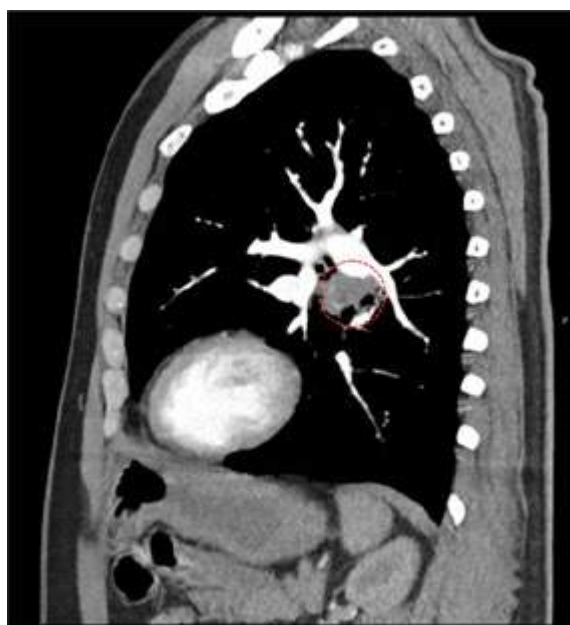
ARQUITETURA NA ADAPTAÇÃO - CIRCULAÇÃO COLATERAL COMPENSATÓRIA NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO

Carolina Cunha; Ana Matos Afonso; Mariana Marques; Pedro Silva; Pedro Carvalho; Anabela Brito; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 64 anos, história de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral há 10 anos, avaliado por hemoptises e dispneia em repouso. Angiotomografia das artérias pulmonares mostra obstrução total abrupta e afilamento do ramo arterial interlobar esquerdo com oligemia do lobo inferior esquerdo. Trombos na artéria lobar inferior direita com sinal da veia inferior direita, hipertrofia das artérias brônquicas, dilatação do tronco pulmonar e hipertrofia da parede da via de saída do ventrículo direito, traduzindo extenso TEP crônico com circulação colateral compensatória e sinais de hipertensão pulmonar



PO 097

ARTÉRIA DE PERCHERON - ONE STRIKE E DOIS TÁLAMOS EM APUROS

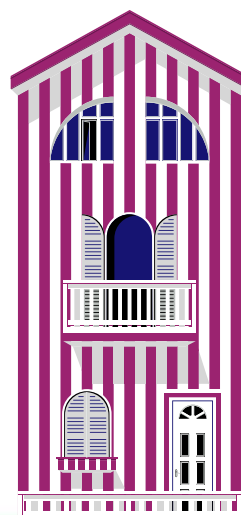
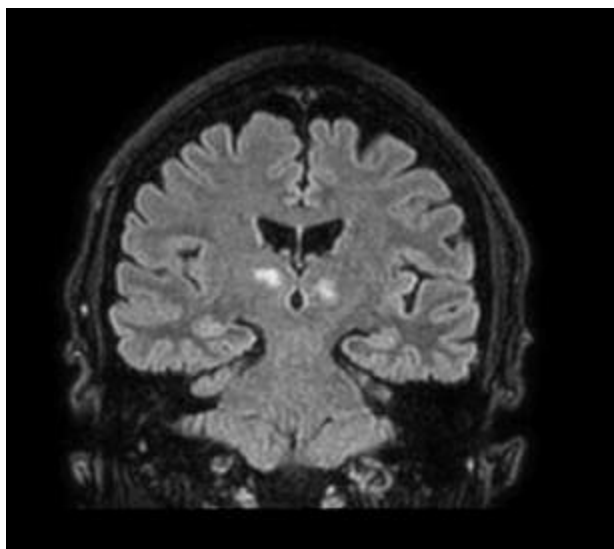
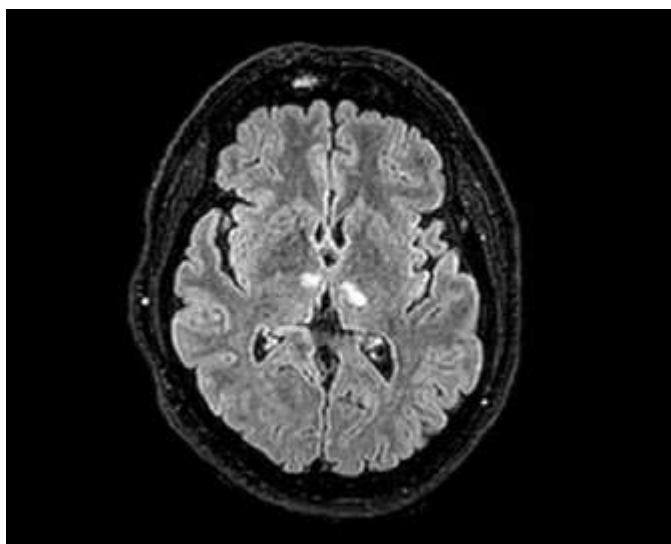
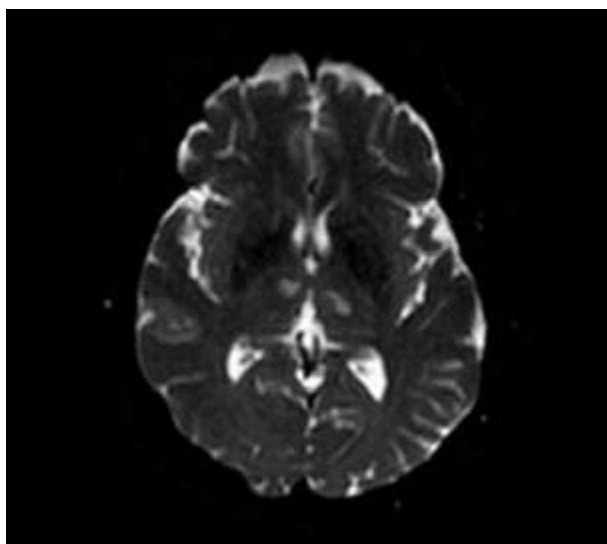
Carolina Cunha¹; Ana Matos Afonso¹; Inês Pedreiras²; Mariana Marques¹; Pedro Silva¹; Gonçalo Cação¹; Anabela Brito¹; Diana Guerra¹

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

2. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 70 anos, com diminuição súbita da acuidade visual na levoversão, sensação de lateropulsão esquerda, disartria e paresia facial central esquerda. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) e angio-TC sem lesões agudas ou oclusão de grande vaso. A ressonância magnética CE mostra lesões lacunares talâmicas bilaterais em “espelho” com restrição à difusão e hiperintensas, congruente com enfarte no território da artéria de Percheron, rara variante anatômica que irriga o tálamo. A clínica de amplo espectro e a reduzida sensibilidade da TC tornam o diagnóstico num verdadeiro desafio.



PO 099

SINAL DO “GRÃO DE CAFÉ”

Carolina Cunha; Ana Matos Afonso; Mariana Marques; Pedro Silva; Fábio Viveiros; Anastasiia Zakharova; Anabela Brito; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 82 anos, dependente, admitida no serviço de urgência por obstipação e dor abdominal difusa. Na avaliação: prostrada, hipotensa, taquicárdica, com dor abdominal difusa à palpação superficial. Analiticamente com acidemia metabólica de anion gap elevado, hiperlactacidemia e hipercalémia refratárias à terapêutica. A radiografia do tórax mostra o sinal do “grão de café”, achado radiológico clássico associado ao volvo do cólon sigmóide. Expõe-se o caso de uma oclusão intestinal com evolução rápida para disfunção multiorgânica e morte.



PO 100

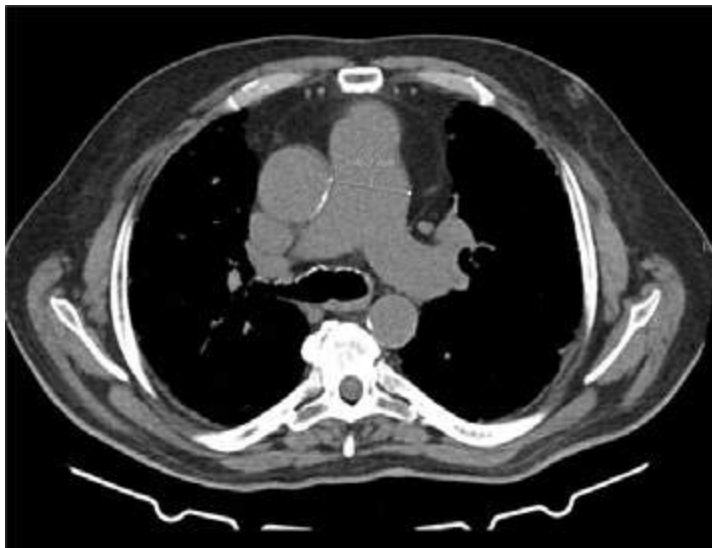
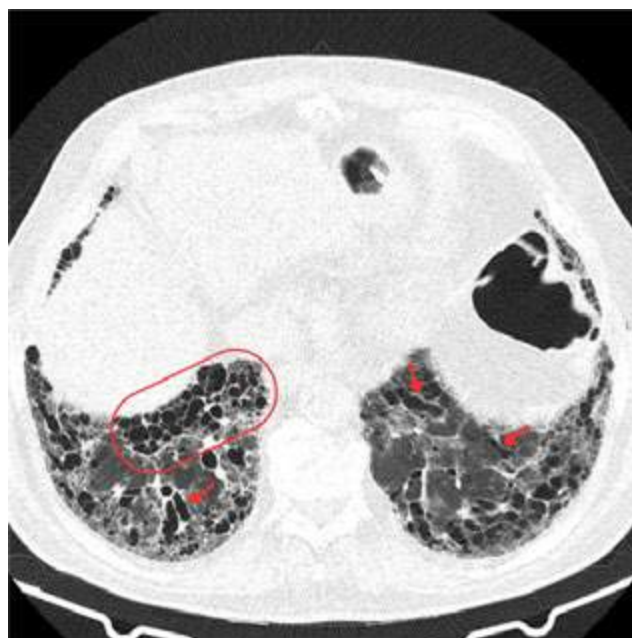
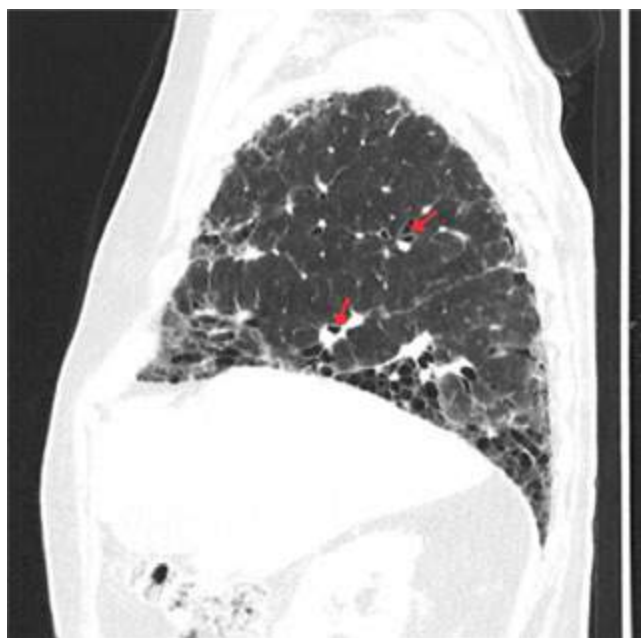
FIBROSE PULMONAR AVANÇADA: O LIMITE DIAGNÓSTICO IMPOSTO PELA DESTRUIÇÃO PULMONAR

Carolina Cunha; Ana Matos Afonso; Mariana Marques; Pedro Silva; Sara Moura Cabral; Bárbara Ramos; Anabela Brito; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 71 anos, não fumador, tosse seca e dispneia em agravamento há 3 anos, hipoxémia e dessaturação ao esforço. Alveolite neutrofílica no lavado broncoalveolar. A tomografia computadorizada do tórax mostra fibrose pulmonar (FP) difusa e heterogênea: padrão em favo de mel bibasal, bronquiectasias de tração centrais, escasso vidro despolido nos lobos superiores, aumento das dimensões do tronco pulmonar e do ventrículo direito. Caso de FP avançada com predomínio de pneumonia intersticial usual, cuja extensa destruição da arquitetura pulmonar torna difícil inferir um diagnóstico final.



PO 105

FÍSTULA ESOFÁGICA: FISTULIZAÇÃO DE ADENOPATIA NECRÓTICA PARA O ESÓFAGO

Joana Belinha; Sofia Barbosa; Luís Fernandes

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 75 anos com artrite reumatoide sob terapêutica biológica. Inicia quadro de febre e astenia com 1 mês de evolução. Na TC torácica apresentava um padrão milar e adenopatias mediastínicas necróticas com suspeita de fistulização esofágica, confirmada posteriormente em endoscopia alta. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado por biologia molecular de amostras de lavado broncoalveolar e biópsia ganglionar. Este caso demonstra uma complicação rara da tuberculose ganglionar e o seu potencial de gravidade.



Fístula esofágica: fistulização de adenopatia necrótica para o esôfago

Joana Belinha, Sofia Barbosa, Luís Fernandes

Mulher de 75 anos com artrite reumatoide sob terapêutica biológica. Inicia quadro de febre e astenia com 1 mês de evolução. Na TC torácica apresentava um padrão milar e adenopatias mediastínicas necróticas com suspeita de fistulização esofágica, confirmada posteriormente em endoscopia alta. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado por biologia molecular de amostras de lavado broncoalveolar e biópsia ganglionar. Este caso demonstra uma complicação rara da tuberculose ganglionar e o seu potencial de gravidade.

PO 106

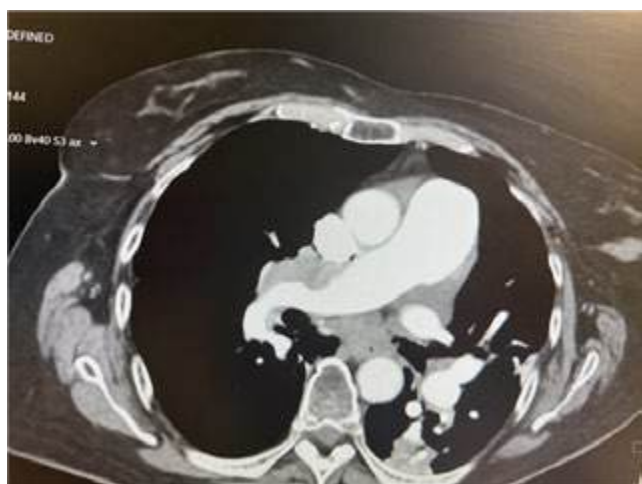
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: QUANDO A IMAGEM MOSTRA A GRAVIDADE.

R. Susana Loureiro; Rosário Calado; Francisco Pinheiro; Ana Rita Borges; Catarina Abreu; Filipa Daniela Silva; Isabel Apolinário

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

IMAGEM EM MEDICINA

Tomografia computadorizada com angiografia pulmonar revela tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo na artéria pulmonar direita, áreas de consolidação subpleurais em cunha no lobo inferior direito, sugestivas de enfarte pulmonar (Imagem 1). Observa-se desvio do septo interventricular para a esquerda, compatível com sobrecarga aguda do ventrículo direito com hipoperfusão segmentar associada (Imagem 2), e dilatação da veia cava inferior com opacificação retrógrada das veias hepáticas (Imagem 3). Estes achados traduzem TEP de alto risco de compromisso hemodinâmico significativo, com risco acrescido de deterioração clínica, incluindo insuficiência cardíaca direita aguda e choque obstrutivo.



PO 107

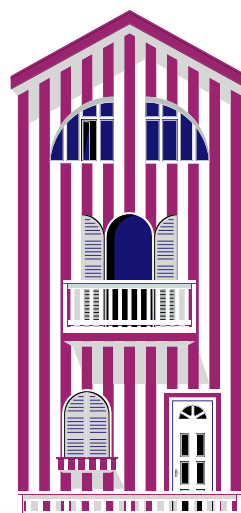
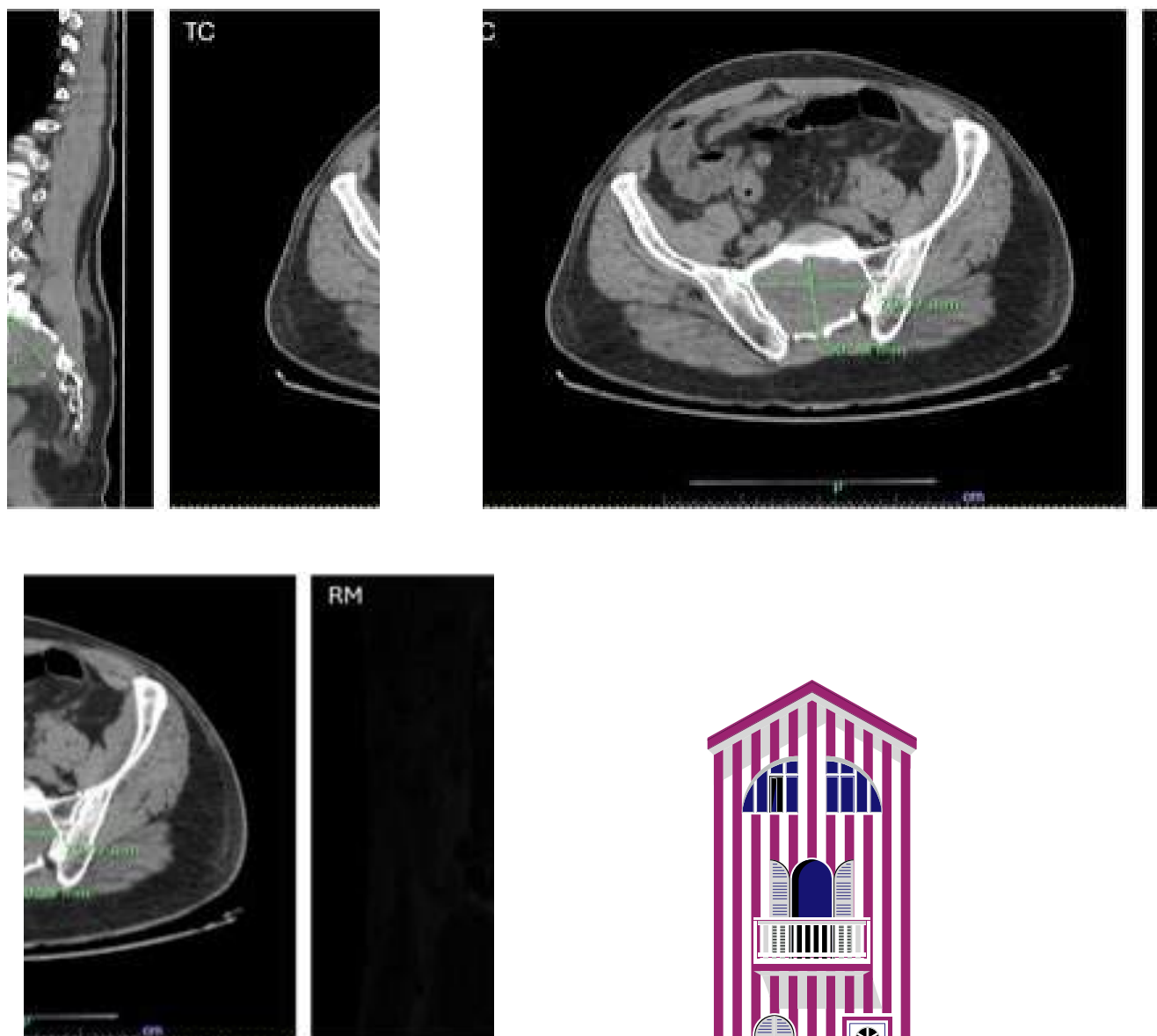
DO CHOQUE HEMORRÁGICO PÓS-CIRÚRGICO A SCHWANNOMA SAGRADO: UM CASO DE DIAGNÓSTICO INESPERADO

Inês Santos Graça; Ana Laura Costa; Beatriz L. Andrade; Helena Estevão-Pereira; Matilde Boavida; Alexandre Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 75 anos, internado por prostatectomia com pós-operatório complicado de hematúria e choque hemorrágico. TC-pélvica urgente revelou incidentalmente massa lítica sagrada, 7cm, envolvendo S1-S2 com alargamento do canal vertebral e erosão cortical. Na RM volumoso tumor osteolítico expansivo, com halo esclerótico, extensão ao canal vertebral e tecidos pré-sagrados em contacto com feixe ilíaco interno. Biópsia compatível com Schwannoma. Doente assintomático a deambular, referenciado a Oncologia. Destaca-se a importância de considerar diagnósticos benignos em lesões ósseas volumosas e imagiologicamente agressivas, realçando o diagnóstico diferencial e abordagem multidisciplinar.



PO 109

SINAL DE TROUSSEAU: O ALARME CLÍNICO DA HIPOCALCÊMIA GRAVE

Daniela Diniz¹; Catarina Bico Filipe²; Ana Rita Almeida²; Beatriz Donato²; Nuno Pinheiro¹; Joana Louro¹

1. CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DAS CALDAS DA RAINHA

2. HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

IMAGEM EM MEDICINA

Apresenta-se o caso de uma mulher de 76 anos que recorre ao serviço de urgência por diarreia prolongada, fraqueza e parestesias periorais. Analiticamente apresentava lesão renal aguda (Cr 3,7 mg/dL), hipomagnesemia (0,35 mg/dL) e hipocalcémia grave com cálcio ionizado 0,38 mmol/L. Ao exame objetivo evidenciava sinal de Trousseau positivo, documentado na imagem. Foi iniciada perfusão endovenosa de gluconato de cálcio e magnésio, com reversão clínica em 72h. A imagem ilustra um sinal semiológico clássico, atualmente pouco observado, reforçando a importância do exame físico na identificação de distúrbios eletrolíticos graves.



PO 110

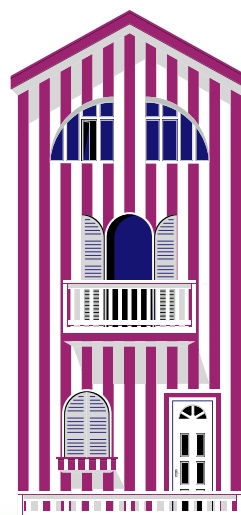
EMBOLIIZAÇÃO DIGITAL PERIFÉRICA DEVIDO A INFEÇÃO ENDOVASCULAR EM PORTADOR DE KISSING STENT ILÍACO

R. Susana Loureiro; Rosário Calado; Francisco Pinheiro; Ana Rita Borges; Catarina Abreu; Filipa Daniela Silva; Isabel Apolinário

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

IMAGEM EM MEDICINA

Imagens das extremidades inferiores que mostram lesões violáceas nos dedos dos pés, compatíveis com fenómenos embólicos periféricos. Doente com história de intervenção endovascular com kissing stents nas artérias ilíacas comuns (AIC), mais stent e angioplastia na transição da AIC direita para a artéria ilíaca externa. Clinicamente com bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA), espondilodiscite lombar e envolvimento paravertebral. Os achados sugerem embolização séptica por infecção endovascular das próteses arteriais (stent graft infection), complicação rara e grave.



PO 111

UMA ENDOSCOPIA VALE MAIS QUE MIL PALAVRAS: A INTOXICAÇÃO REVELADA

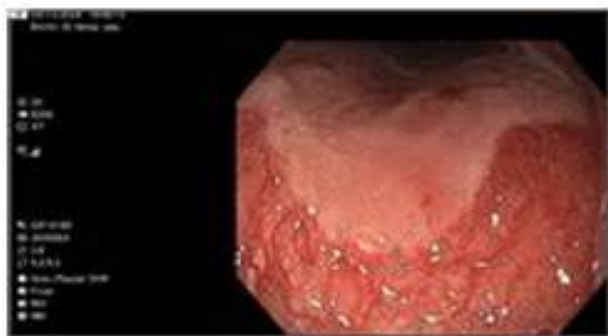
Daniela Diniz; Ana Lúcia Rosário; Mariana Ruão; Mafalda Maria Santos;

João Vieira Afonso; Manuel Xavier; Nuno Pinheiro; Joana Louro

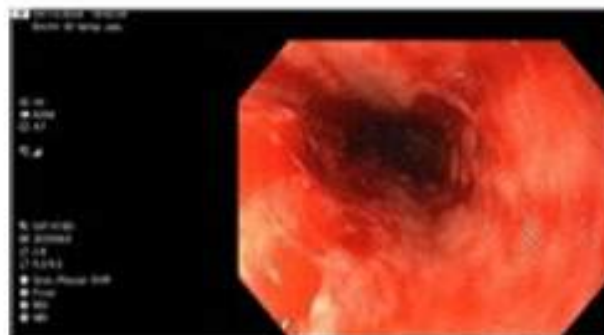
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DAS CALDAS DA RAINHA

IMAGEM EM MEDICINA

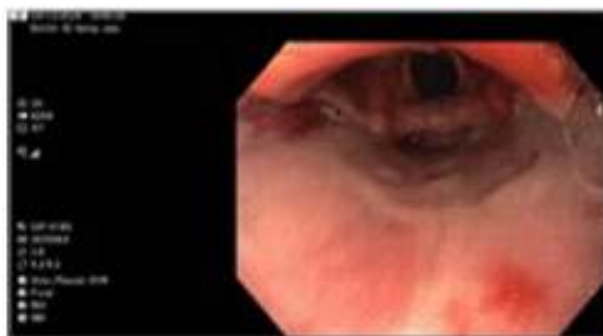
O paraquat é um herbicida altamente tóxico com mortalidade até 70%. Apresentamos o caso de uma mulher de 54 anos que recorre ao serviço de urgência por disfagia com 4 dias de evolução. Negava antecedentes patológicos ou ingesta de químicos. Sem aparentes alterações ao exame objetivo. Laboratorialmente, destacava-se lesão renal aguda (Cr 3,67 mg/dL). A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou uma mucosa esofágica friável, com extensas áreas ulceradas e membranas esbranquiçadas, padrão compatível com agressão cáustica grave. Após isto a doente confirmou a ingestão voluntária de paraquat. A imagem ilustra a agressividade deste agente, cujo diagnóstico via EDA, permitiu o início de terapêutica.



Faringe



Esófago médio



Faringe

PO 120

OFTALMOPATIA DE GRAVES COM EXOFTALMIA GRAVE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOZES

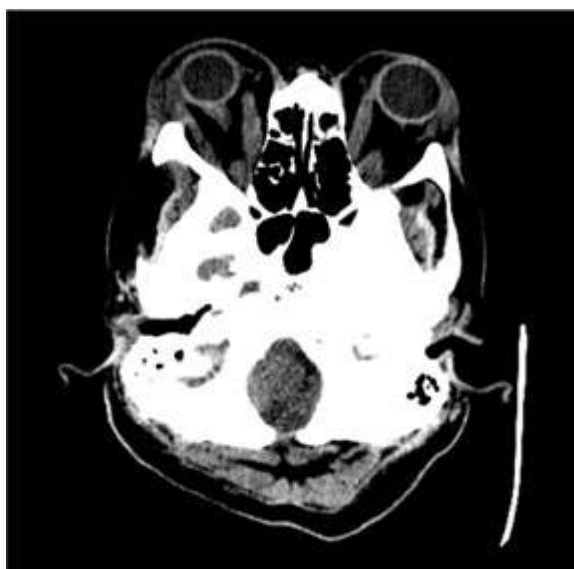
Sara Bravo; Raquel Vieira; Sérgio Costa Monteiro; Christian Neves; Juliana Nogueira; Filipa Coroado Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

IMAGEM EM MEDICINA

A Oftalmopatia de Graves é uma doença autoimune inflamatória orbitária associada à Doença de Graves, caracterizada pela ativação dos fibroblastos orbitários, que provoca edema e aumento dos músculos extraoculares.

Mulher, 61A, recorre ao SU por edema periorbitário, ardor ocular, cansaço extremo e perda ponderal com 2 meses de evolução. Apresentava exoftalmia exuberante, exposição do limbo e hiperemia conjuntival. Movimentos oculares com dor, incapaz de oclusão. Analiticamente: TSH $<0.01\text{mU/L}$, T4 Livre 2.49ng/dL , T3 Livre 12.3pg/dL . TRab positivo. CAS >3 (doença ativa). Iniciou Metibazol, Propranolol e Selénio. Medidas gerais com lágrima artificial e oclusão noturna. Evolução favorável.



PO 130

PADRÃO MILIAR: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TUBERCULOSE

Sofia C. Barbosa; Joana Belinha; Francisca Santos Martins; Luís Fernandes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 75 anos, sob Adalimumab por Artrite Reumatoide, recorre ao SU por febre com um mês de evolução. Exame objetivo sem alterações e sem adenopatias palpáveis. Analiticamente com proteína C reativa elevada (113 mg/L). TC torácica revelou padrão miliar com atelectasias, derrame pleural bilateral e adenopatias mediastínicas. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado por biologia molecular realizada em amostras de lavado broncoalveolar e biópsia ganglionar. Esta apresentação rara de tuberculose reforça a necessidade de elevada suspeição clínica sobretudo em doentes imunossuprimidos.



PO 136

UM ACHADO DURO DE INTERPRETAR

Inês Rocha Almeida; Rodrigo Mateus; Sónia Reis Santos; Daniel Aparício; Inês Albergaria; Jéssica Oliveira

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 38 anos, previamente assintomática, recorre ao SU por défice neurológico focal, incongruente e de intensidade flutuante após toma de metamizol. A angio-TC excluiu alterações agudas, mas detetou calcificações grosseiras dos gânglios da base, bilaterais e simétricas. Estas haviam já sido um achado accidental, em 2015, detetadas em TC-CE após TCE, mantendo-se estáveis desde então. Na altura realizou-se RMN e foram excluídas causas secundárias, incluindo do metabolismo de fosfo-cálcio.

Restou, então, a hipótese diagnóstica de Doença de Fahr. A relevância do quadro prende-se com a apresentação precoce e raridade do mesmo.



PO 140

CALCIFICAÇÕES SUBPLEURAIS: IMAGEM PARADIGMÁTICA DE ASBESTOSE

Ana Laura Costa¹; Inês Graça²; Helena Estevão-Pereira²; Beatriz Andrade²; Matilde Boavida¹; Cecília Moreira³

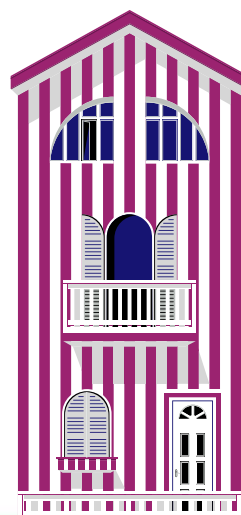
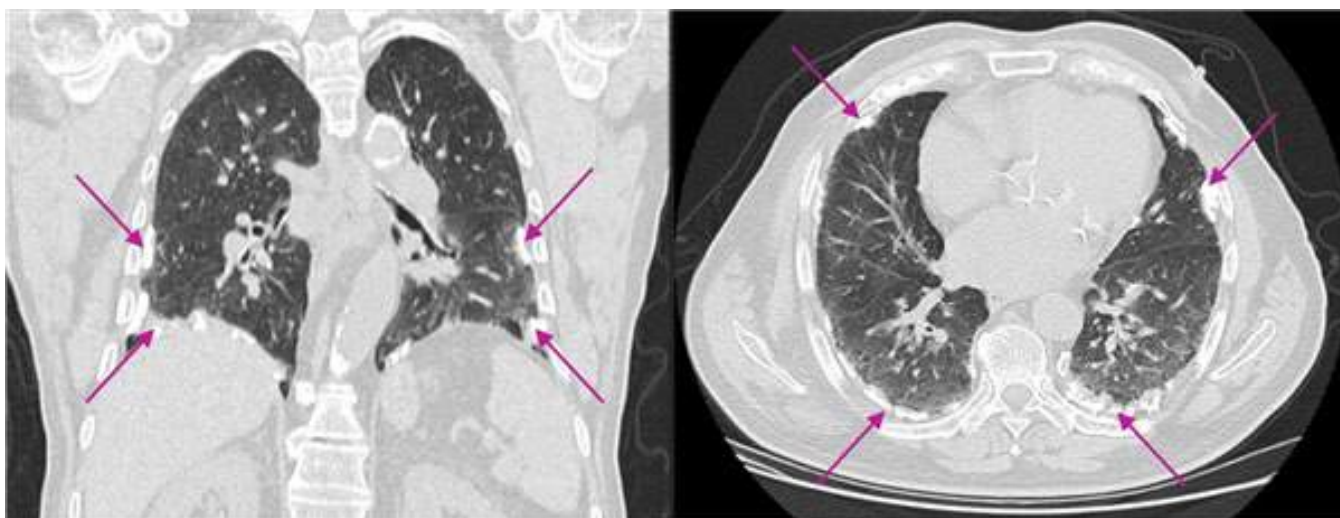
1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

3. ULS ENTRE DOURO E VOUGA, HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, SANTA MARIA DA FEIRA

IMAGEM EM MEDICINA

Homem de 86 anos, reformado de serralheiro, diagnosticado em 2019 com Asbestose. Surge com agravamento progressivo da dispneia pelo que realizou novo exame de imagem que evidenciou: “múltiplas e exuberantes placas calcificadas subpleurais, em relação com asbestose conhecida. Sem alterações sugestivas de neoplasia”. Este caso ilustra a evolução natural da doença, caracterizada pelo desenvolvimento lento e progressivo de doença pulmonar intersticial e alterações imagiológicas típicas. Salienta ainda a relevância do diagnóstico diferencial com mesotelioma como complicação frequente.



PO 144

“LARGADA DE BALÕES” – O VALOR DIAGNÓSTICO DA RADIOGRAFIA TORÁCICA

Maria Montenegro Palma; Maria Fazenda; Marta Guisado Orantos; Sofia Ferreira Cunha; Ana Raquel Soares; Paula Nascimento; António Mário Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 87 anos, com perda ponderal significativa (17 kg em 5 meses) e tosse seca. Radiografia de tórax com múltiplos nódulos pulmonares dispersos bilateralmente, em padrão de “largada de balões”, típico de processo metastático. Tomografia computadorizada tóraco-abdómino-pélvica revelou 128 nódulos pulmonares bilaterais, múltiplos nódulos hepáticos compatíveis com lesões secundárias e espessamento parietal no segmento proximal do sigmóide, suspeito de lesão primária. Devido à deterioração do estado geral da doente, optou-se por não continuar investigação e referenciou-se a Cuidados Paliativos.



PO 145

ENFISEMA BOLHOSO GIGANTE: CORRELAÇÃO TOMOGRAFIA-RADIOGRAFIA

Tomás Bragança Ribau¹; Natália Pires²; Ana Patrícia Freitas²; António Moreira Monteiro¹; Carla Maravilha²; Sandra Mendes²

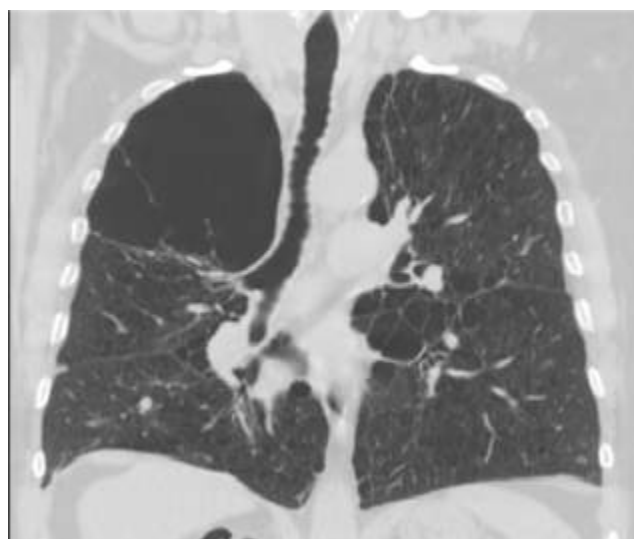
1. IPO PORTO

2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, de 66 anos, ex-fumador (55 UMA), DPOC GOLD E com enfisema centrolobular difuso com volumosa bolha enfisematosa no lobo superior direito, com cerca de 13 cm de diâmetro máximo, associada a atelectasia compressiva adjacente. Funcionalmente apresenta alteração ventilatória obstrutiva e defeito grave da difusão alvéolo-capilar. Pela dimensão da bolha e impacto funcional, encontra-se em avaliação para abordagem cirúrgica, nomeadamente lobectomia/bullectomia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por agudização da DPOC, no contexto de incumprimento terapêutico. Apresentam-se imagens de TC torácica e radiografia de tórax demonstrando o enfisema bolhoso.



PO 150

CIFOESCOLIOSE EXTREMA: UMA POTENCIAL ARMADILHA AO EXAME OBJETIVO

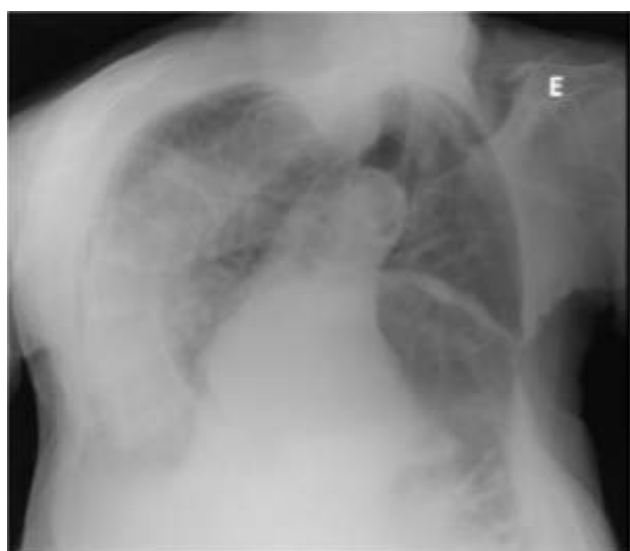
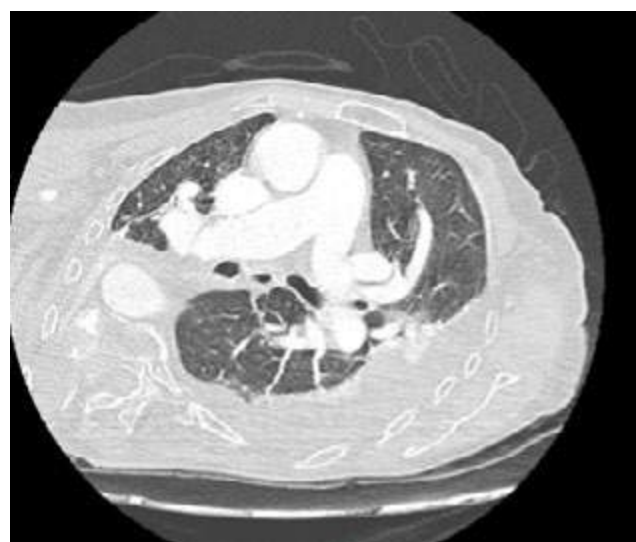
Ana Patrícia Freitas¹; Inês Margarida Brito²; Natália Pires¹; António Moreira Monteiro²; Verónica Guiomar¹

1. HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 89 anos, recorreu ao SU por dispneia súbita. Ao exame objetivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Realizou radiografia torácica, cuja interpretação foi limitada por cifoescoliose extrema, tendo sido efetuada TC que revelou deformidade severa da caixa torácica e derrame pleural bilateral. A cifoescoliose pode condicionar padrão ventilatório restritivo e hipoventilação. Nestes casos, a auscultação deve ser interpretada com cautela e correlacionada com a imagiologia e restantes dados, tornando mais complexo o diagnóstico diferencial entre entidades clínicas, pois a deformidade pode mascarar ou simular patologia pleuroparenquimatosa.



PO 157

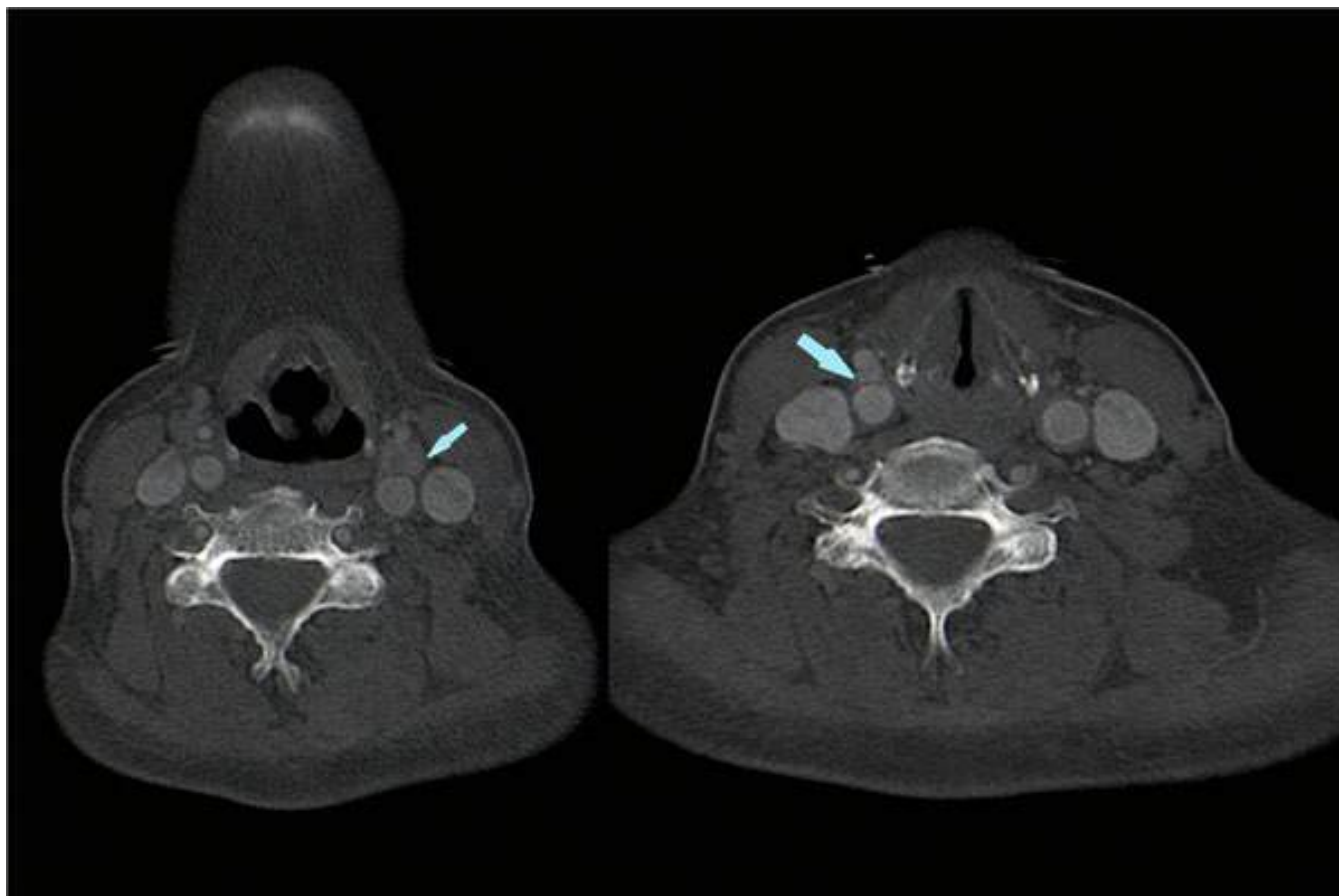
PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO BILATERAL

Sara Raquel Bessa Durães; Júlio Daniel Pacheco; Joana Neto Gomes; Daniela Barbosa; Luís Nogueira; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

IMAGEM EM MEDICINA

Feminino, 49 anos, antecedentes de Cardiopatia Cianótica Congénita. Internada por TEP sub-segmentar bilateral. Decidido realizar pesquisa de neoplasia oculta. Ecografia tiroideia com proeminência do gânglio jugulo-digástrico esquerdo, de textura hipoecogénica. Esclarecimento por TAC e RM a revelar nódulos cervicais bilaterais, entre as artérias carótida interna e externa, compatíveis com paragangliomas do corpo carotídeo. Do estudo hormonal: metanefrinas plasmáticas e urinárias normais, 3-metoxitiramina [2652, VR 0-1447 nmol/d] e cromogranina A [667 ,VR: 0-10 ng/mL] aumentadas. PET com Ga68- DOTA-TOC sem outras lesões. Decidido manter seguimento e vigilância com ecodoppler anual.



PO 161

PIELONEFRITE OBSTRUTIVA POR URETEROCELE: APRESENTAÇÃO ATÍPICA NO IDOSO

Carolina R. Oliveira; Carla Lemos Costa; Laura Oliveira Cainé; Alexandra Leitão;
Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BARCELOS/ESPOSENDE

IMAGEM EM MEDICINA

Introdução: Homem de 76 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, internado por infecções urinárias de repetição e deterioração do estado geral. A urocultura isolou *Enterococcus* multirresistente. A angio-TC abdominopélvica revelou duplicação incompleta do sistema excretor direito, ureterohidronefrose bilateral acentuada e ureterocele volumosa (48x29 mm), condicionando obstrução urinária e adelgaçamento parenquimatoso. Foi colocada nefrostomia direita e iniciada antibioterapia dirigida. Este caso ilustra uma apresentação tardia rara de ureterocele no adulto, manifestando-se por infecção complicada e uropatia obstrutiva.



PO 165

BRONQUIECTASIAS: EXPRESSÃO IMAGIOLÓGICA NA EXACERBAÇÃO INFECIOSA

Helena Estêvão Pereira¹; Beatriz Lima Andrade¹; Ana Laura Costa²; Inês Santos Graça¹; Bárbara Barreto Laczkovits¹; Rita Rodrigues Pereira¹; Susana Viana¹

1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

2. IPO PORTO

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 86 anos, com bronquiectasias (BQ) e colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. Apresentou agravamento de dispneia e expectoração purulenta. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciou BQ de padrão cilíndrico, varicoso e quístico, de predomínio nos lobos inferiores e no segmento apical e anterior do lobo superior direito, com espessamento parietal, conteúdo mucóide e áreas de consolidação com perda de volume, compatíveis com exacerbação infecciosa, motivando o início de antibioterapia e reforçando o papel da TC na caracterização da extensão e atividade da doença e na orientação terapêutica.



PO 167

ANEURISMA GIGANTE DA AORTA ASCENDENTE: UM ACHADO RARO E CRÍTICO

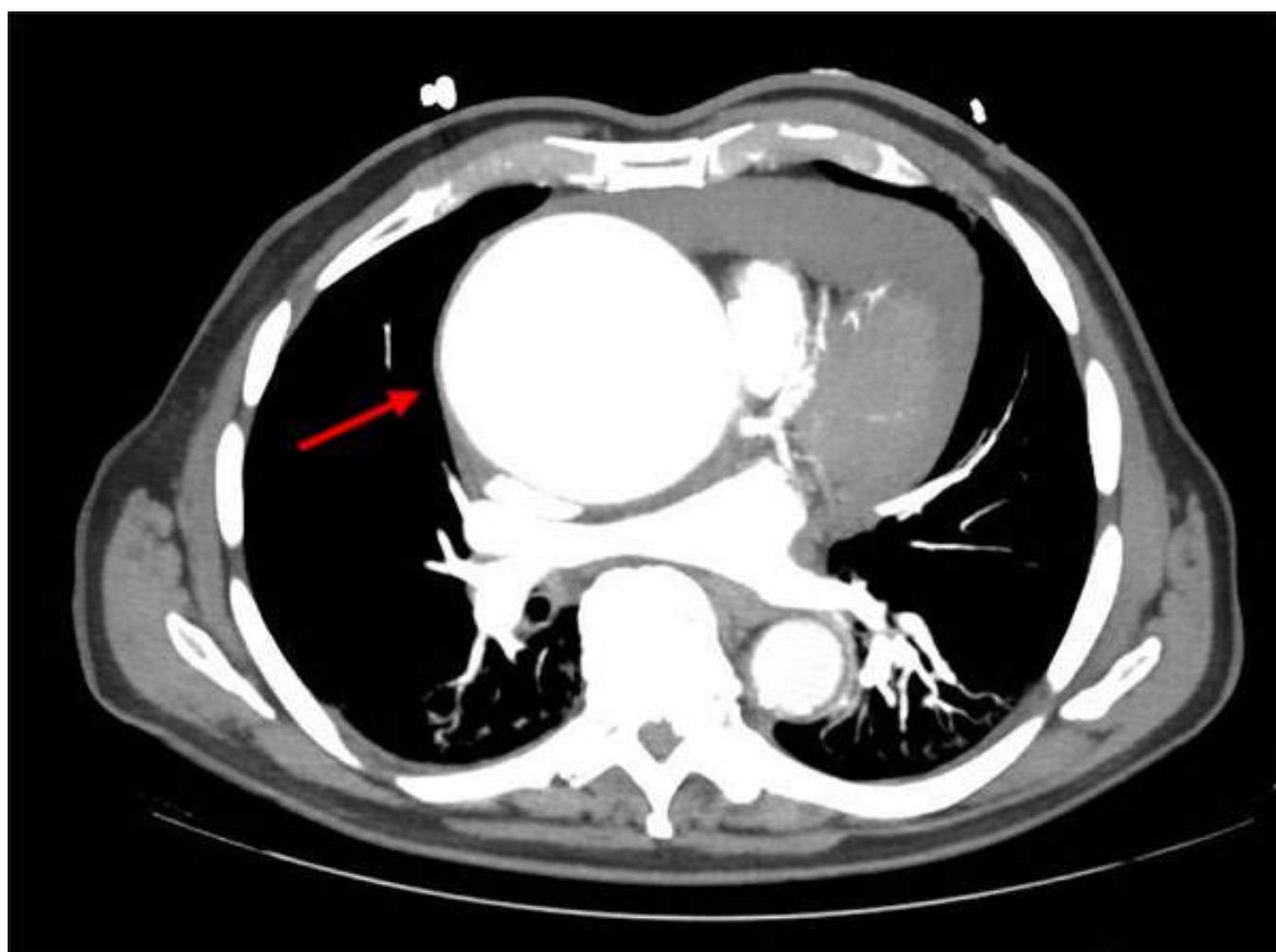
Inês Figueiredo Coutinho; Bebiana de Sousa; Ana Catarina Camarneiro; Alexandra Nascimento; Teresa Costa; Ana Filipa Batista; Rosário Santos Silva

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

Os aneurismas da aorta ascendente são frequentemente assintomáticos e potencialmente fatais, com risco crescente de rutura ou dissecção proporcional ao diâmetro; ≥ 10 cm são raros e de elevada mortalidade.

Imagem: Homem, 81 anos, com fatores de risco cardiovasculares, recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica aguda inespecífica com irradiação cervical e dorsal, náuseas e alteração do estado de consciência, com episódios de ausência. TC revelou aneurisma da aorta ascendente ~ 10 cm, associado a derrame pericárdico hemático, sugestivo de rutura contida. Sem indicação cirúrgica, apresentou evolução desfavorável, com óbito às 48h.



PO 171

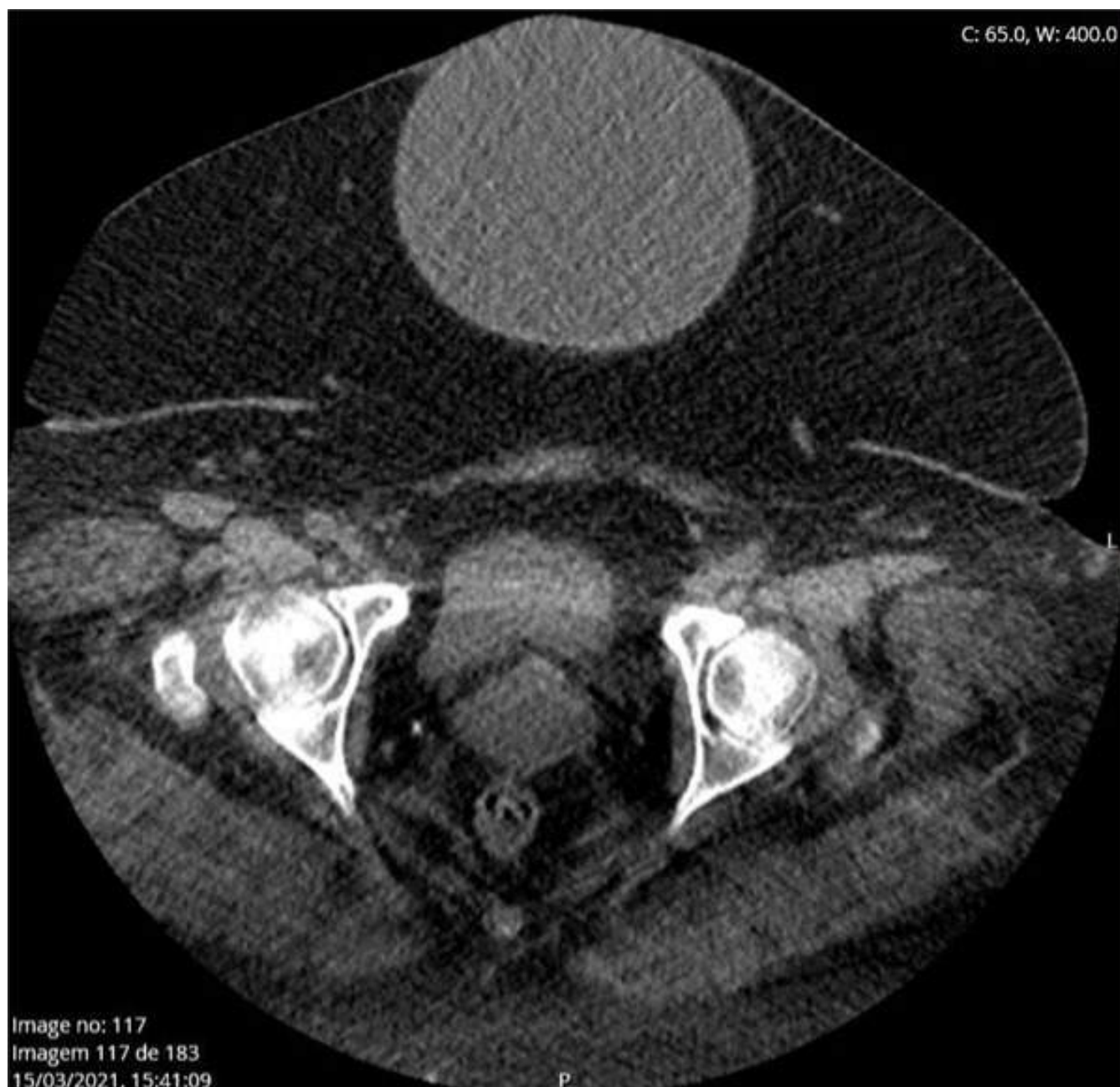
QUANDO O ABDÓMEN ESCONDE UMA SURPRESA CALCIFICADA

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 66 anos, com obesidade e herniorrafia umbilical prévia, internada por tromboembolismo pulmonar. À observação abdominal identificou-se massa infraumbilical dura de cerca de 10 cm. A doente referia seroma pós-cirúrgico previamente puncionado e que teria calcificado. A tomografia computadorizada mostrou formação expansiva hipodensa e homogénea, de paredes espessas e regulares, com 13,5×12,3×13,6 cm e volume estimado de 1174 mL. As imagens ilustram a calcificação de seromas e a complexidade que acrescentam à avaliação abdominal.



PO 175

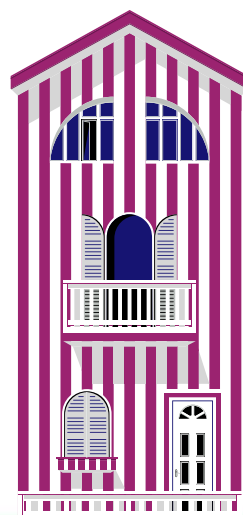
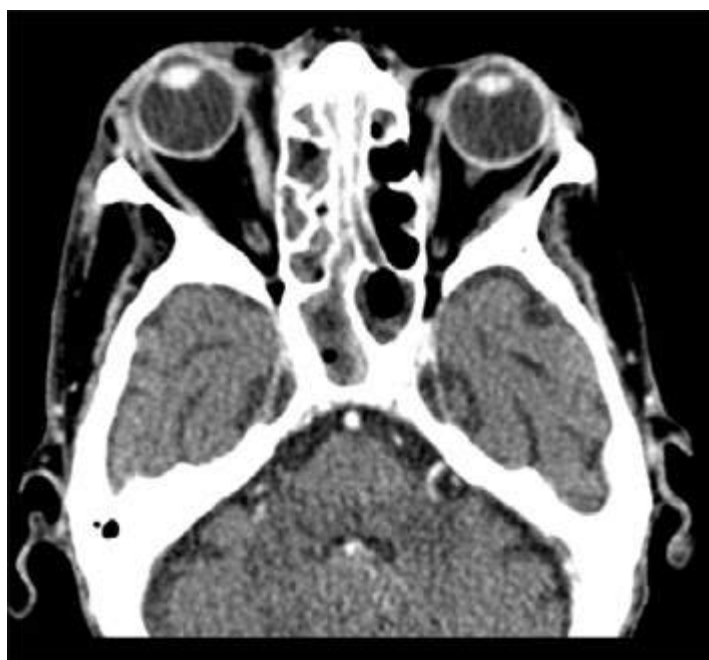
EXTENSÃO ORBITÁRIA DE POLISSINUSITE AGUDA: UM ALERTA IMAGIOLÓGICO

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Cassiana Vasconcelos; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

IMAGEM EM MEDICINA

Homem de 86 anos, com doença pulmonar restritiva, dislipidemia e ex-fumador, foi admitido por sépsis com polissinusite aguda direita e celulite da face, evoluindo com disfunção multiorgânica. Após melhoria inicial com ceftriaxona e vancomicina, apresentou agravamento clínico ao décimo nono dia, com febre e edema periorbitário direito. A tomografia computadorizada das órbitas revelou celulite pré e pós-septal direita. Iniciou meropenem e vancomicina e realizou cirurgia endoscópica naso-sinusal para drenagem. As imagens evidenciam a gravidade da extensão orbitária e a importância do controlo precoce do foco infeccioso.



PO 177

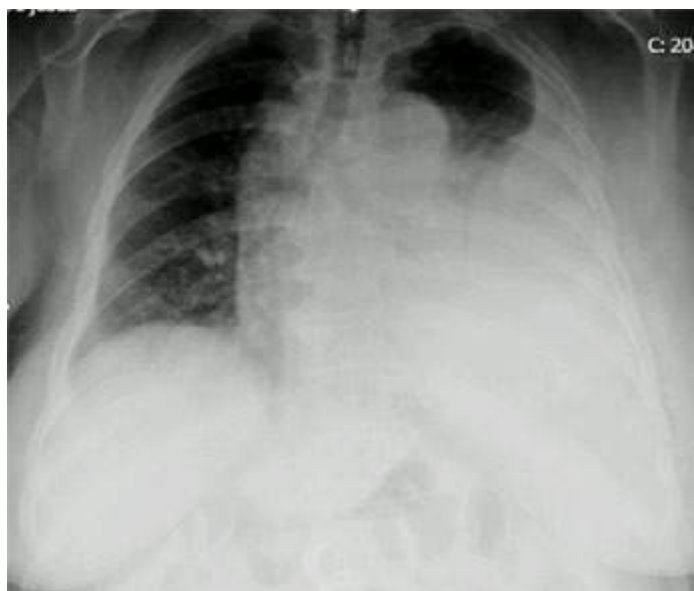
A MASSA MEDIASTÍNICA COMO PRIMEIRA PISTA

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Cassiana Vasconcelos; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

IMAGEM EM MEDICINA

Homem de 79 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, recorreu por cansaço e dispneia. Analiticamente apresentava monocitose, linfopenia, trombocitopenia, aumento da beta-2 microglobulina, diminuição da albumina e elevação da desidrogenase láctica. A tomografia computadorizada evidenciou derrame pleural esquerdo e massa mediastínica superior com 9x8x10cm, com adenopatias supra e infra-diafragmáticas. A biópsia confirmou linfoma folicular. As imagens e a localização foram determinantes para reconhecer a extensão da doença e orientar o diagnóstico.



PO 182

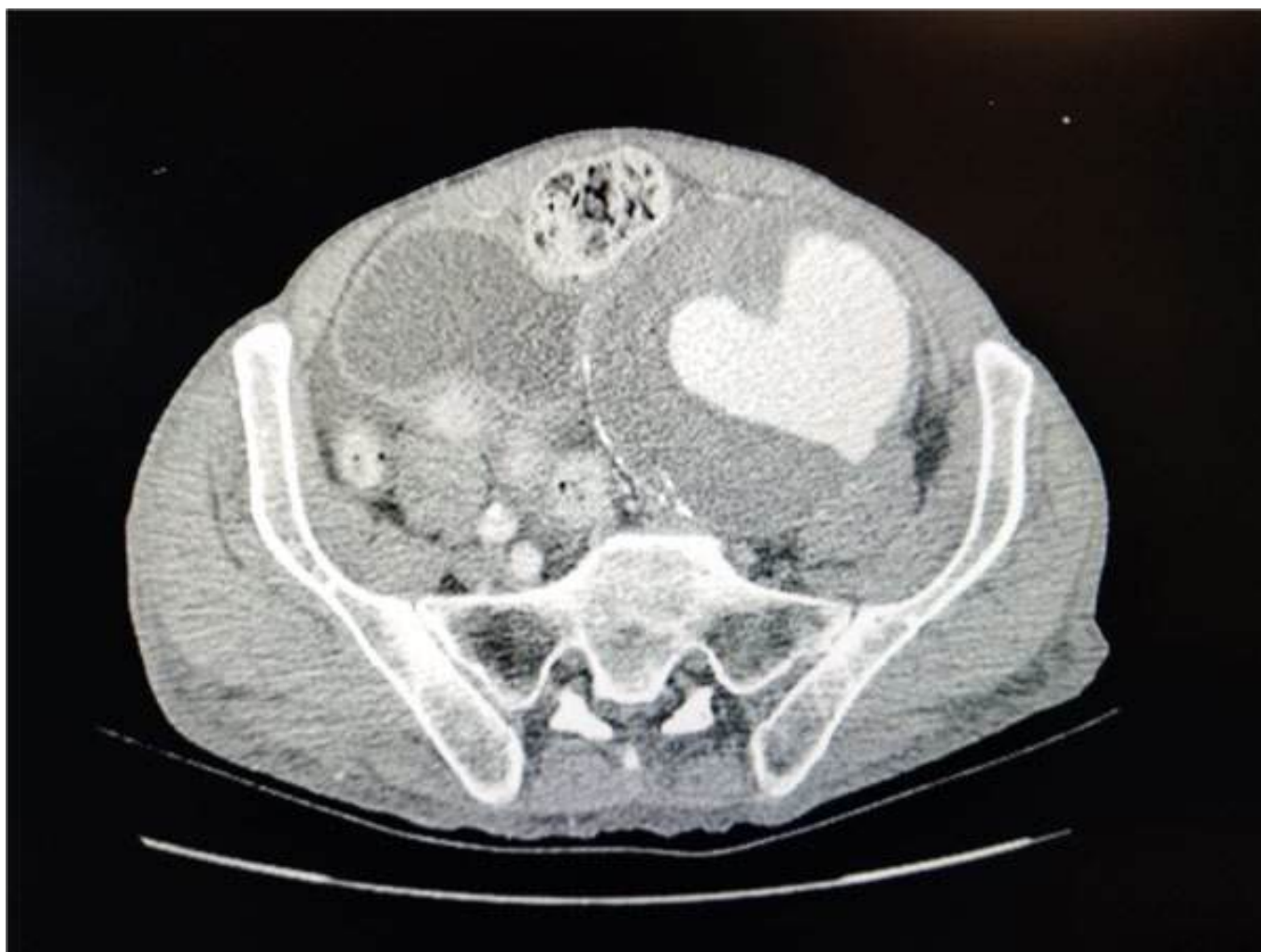
ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: O CAPUCCINO QUE HÁ EM MIM

Raquel M. Vieira; Sérgio Costa Monteiro; Bárbara Paracana; Valter Duarte; Cláudia Rosado

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 69 anos, fumador, admitido no Serviço de Urgência por alteração de consciência após queda: emagrecido, hemodinamicamente instável, hipotérmico, hipoglicémico, hipóxico, com massa pulsátil no epigastro e massa dura na fossa ilíaca esquerda. Do estudo complementar: pneumonia da base direita com derrame pleural ipsilateral e insuficiência respiratória hipoxémica, lesão renal aguda pós-renal (hipospádias) e dois volumosos aneurismas fusiformes aorto-iliacos, um deles com trombo intramural e hemoorragia recente. Iniciada fluidoterapia, antibioterapia empírica e corticoterapia sistémica e avaliação por Cirurgia Vascular, com indicação para estudo adicional e cirurgia eletiva.



PO 184

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CACITAÇÃO PULMONAR

Miguel Tomás Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

IMAGEM EM MEDICINA

Doente do sexo masculino, 78 anos. Admitido em UCI por estado de mal convulsivo, com diarreia, vômitos e confusão. Durante a permanência em UCI, manifestou grande dificuldade na descalação de ventilação. Em radiografia de 29-09 não foi detetada nenhuma lesão, mas em imagens posteriores objetivou-se uma formação nodular de rápido crescimento. Tomografia torácica revelou uma lesão cavitada. Hemocultura identificou *Pseudomonas aeruginosa* tendo o doente iniciado vancomicina com resolução do quadro. A imagem é um exemplo de mimetismo imagiológico entre *P. aeruginosa* e *Mycobacterium tuberculosis*.



PO 188

VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA DE PEQUENOS VASOS SECUNDÁRIA AO ALOPURINOL

Sara Raquel Bessa Durães; Daniela Barbosa; Joana Neto Gomes; Luís Nogueira; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 72 anos, com HTA, DM2 com lesão de órgão alvo micro e macrovascular, dislipidemia, tabagismo cessado e história de gota medicada com alopurinol. Internado para estudo de lesões cutâneas maculares e pápulas purpúricas com atingimento palmo-plantar com áreas de necrose associadas, com pelo menos uma semana de evolução, em agravamento após ciclo curto de bilastina e corticóide. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (VS 76 mm1^ªh, PCR 102 mg/dL). Excluídas causas infecciosas, autoimunes e neoplásicas. Biópsia cutânea a revelar vasculite leucocitoclástica de pequenos vasos. Suspendeu alopurinol e iniciou prednisolona na dose 1mg/Kg/dia, com melhoria clínica e analítica.



PO 189

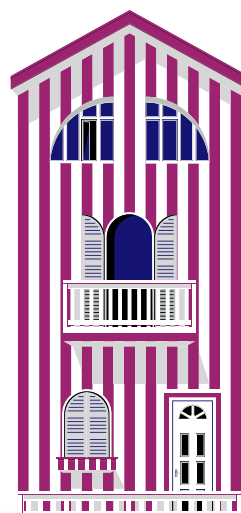
A AUTOIMUNIDADE ESCONDIDA NAS BOLHAS

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Cassiana Vasconcelos; Sara Freire; Sofia Lourenço

HOSPITAL DE CASCAIS

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 70 anos, com urticária crónica, com dermatose polimórfica no tronco e membros: grandes placas urticariformes com múltiplas vesículas e bolhas tensas, também em pele sã, com prurido e ardor intensos. A biópsia confirmou penfigoide bolhoso. Doença refratária a doxiciclina, nicotinamida e corticoterapia tópica e sistémica, necessitando de metotrexato e, depois, dupilumab. Este caso de penfigoide bolhoso grave mostra o desafio diagnóstico e terapêutico quando a doença é refratária.



PO 191

O CÉREBRO COMO PRIMEIRO ALERTA: INVESTIGAÇÃO DE UMA NEOPLASIA OCULTA

Miguel Tomás Rodrigues; Carolina Palma; Joana Simões; Diana Pedreira; Mafalda Figueira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

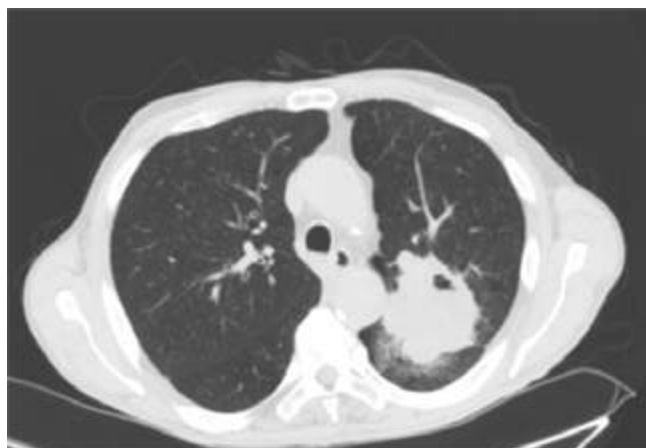
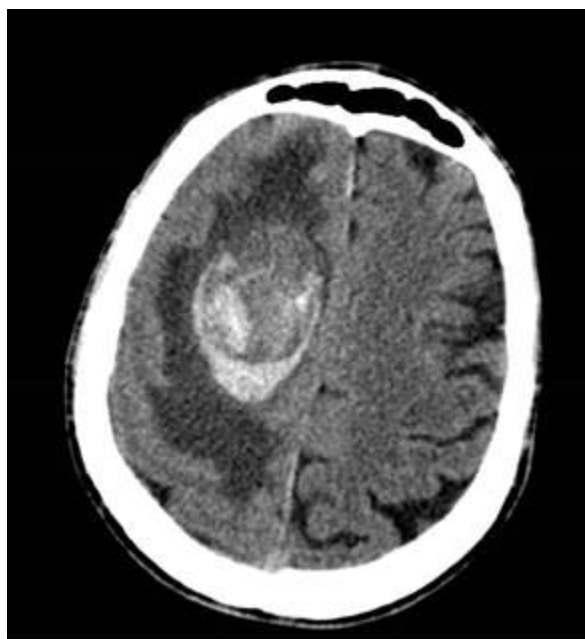
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

IMAGEM EM MEDICINA

A neoplasia do pulmão é relevante pelo impacto local e pelo seu potencial metastático. Doente de 64 anos, admitido por hemiparesia esquerda e disartria. A tomografia computadorizada revelou hematoma lobar cortical frontal direito, com compressão ventricular e desvio da linha média. Perante a suspeita de etiologia secundária, foi internado para estudo.

A tomografia torácica identificou uma lesão lobulada com bronquiectasia e obstrução brônquica no lobo superior esquerdo. A evolução reforçou a suspeita de neoplasia pulmonar metastática, encaminhando o doente para estudo oncológico.

Este caso destaca a importância da correlação entre imagem e clínica no diagnóstico de neoplasia oculta.



PO 193

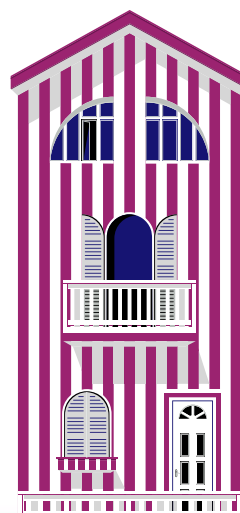
UMA HÉRNIA QUE SALVA: DESCOMPRESSÃO INTRATORÁCICA NUM ABDÔMEN AGUDO

Ana Catarina Vicente Camarneiro; Bebiana de Sousa; Inês Figueiredo Coutinho; Inês B. Mesquita; Vera Vieira; Rosário Santos Silva

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 71 anos, com antecedentes de hérnia hiatal volumosa, com recusa de correção cirúrgica. Por suspeita de pielonefrite, na sequência de dor lombar intensa, associada a náuseas e vômitos, realizou tomografia computadorizada abdominal que revelou hérnia hiatal de 7 cm, com herniação intratorácica da câmara gástrica, segmentos entéricos, cólicos e maioria do pâncreas. Observou-se também uma ansa ileal encarcerada num pequeno conduto herniário infraumbilical, a condicionar obstrução intestinal complicada com perfuração. Paradoxalmente, a volumosa hérnia hiatal poderá ter permitido a acomodação intratorácica das vísceras distendidas, funcionando como mecanismo de descompressão.



PO 196

NIHSS E PROGNÓSTICO NUM CASO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) DE TODO O HEMISFÉRIO DIREITO

Bruna Rodrigues Barbosa; Mónica Correia; Ana Catarina Ruivo; Andreia Meseiro; Alexandra Coimbra; Ana Carolina Andrade; Laurinda Pereira; Ana Paula Pona; Martinho Fernandes

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE / HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

IMAGEM EM MEDICINA

O AVC é a 2ª causa mais comum de mortalidade, sendo NIHSS > 22 o melhor preditor de mau prognóstico em 24 horas. Este caso elucida a correlação entre o NIHSS e o prognóstico/morbilidade, relembrando os fatores preditores para um mau prognóstico: idade, dimensão e localização do enfarte, severidade do comprometimento neurológico, comorbilidades.

Mulher, 88 anos, acamada, antecedentes de HTA e AVC isquémico há 2 meses, sob dupla antiagregação plaquetária. Iniciou quadro de prostração com 30 minutos de evolução, com TA 200/100 mmHg e NIHSS 24. TC CE com lesão isquémica recente da artéria cerebral anterior, média e posterior direitas; adotou-se medidas de conforto, verificando-se o óbito após 72 horas.

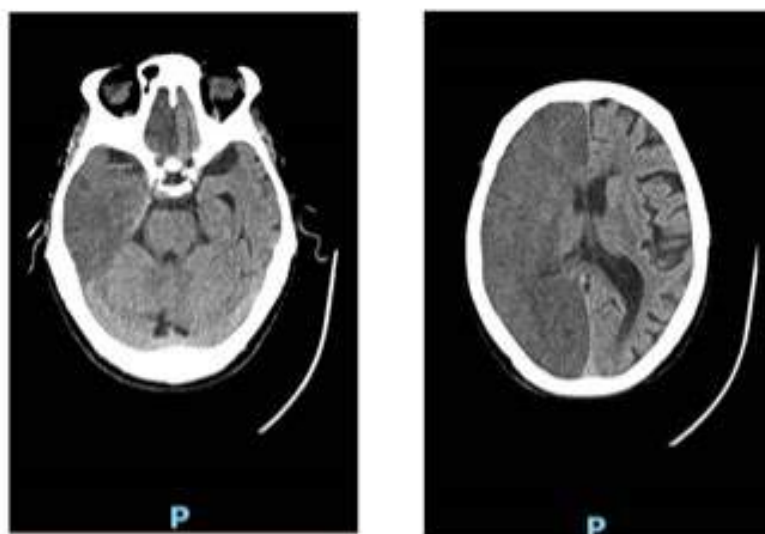


Figura - Tomografia crânio-encefálica, cortes transversais, com evidência de extensa hipodensidade cortico-subcortical de todo o hemisfério direito com apagamento sulcal associado (apenas o tálamo direito parecia poupado).

PO 199

HEMATOMA SUBDURAL – QUANDO A CULPA NÃO É DO TRAUMA

Bárbara Lemos; Mauro Gomes Marques; Joana Pereira Moniz; Ana Rita Freire; Cláudia Oliveira Diogo; Renato Saraiva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

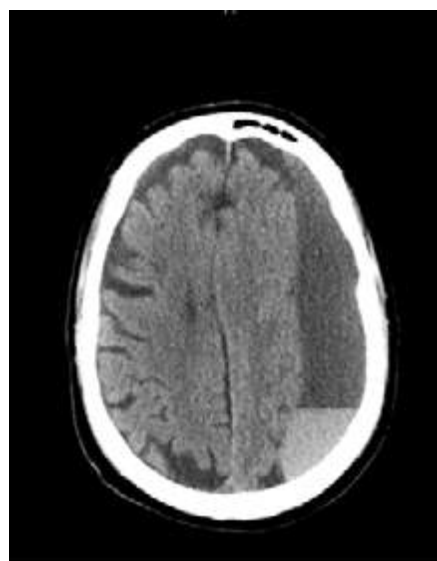
IMAGEM EM MEDICINA

O hematoma subdural caracteriza-se por uma hemorragia entre a dura-máter e a aracnoide. Pode ter várias etiologias e as suas manifestações vão variar consoante a área afetada.

Homem, 81 anos, com antecedentes de neoplasia prostática metastizada, observado no Serviço de Urgência por diminuição da força dos membros direitos com 3 dias de evolução, com agravamento progressivo e sem trauma.

Quando avaliado apresentava plegia do membro superior e paresia do membro inferior direitos, paresia facial central direita e disartria.

Na TC foi observado um hematoma subdural crónico com sinais de re-hemorragia recente, tendo sido articulado com a Neurocirurgia para drenagem cirúrgica com melhoria do quadro.



PO 202

QUANDO A PELE DENUNCIA UMA VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA

Claudia Silva; Inês Pereira de Oliveira; Andreia Correia Bulhão; Sara Oliveira Gomes; Andreia Coutinho; Paulo Bandeira; Pedro Macedo Neves

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

IMAGEM EM MEDICINA

Doente de 67 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, tumor carcinoide atípico do pulmão e neoplasia intraepitelial vulvar. Recorre ao serviço de urgência por lesões nodulares nos membros inferiores, com três semanas de evolução, queixas álgicas e perda progressiva da capacidade de deambulação. Ao exame objetivo apresentava placas úlcero necróticas sem sinais inflamatórios, tal como está representado na figura 1, 2 e 3. Sem aumento dos parâmetros inflamatórios e sem alterações no hemograma. Foi feita uma biópsia das lesões que identificou uma vasculite leucocitoclástica. Este caso explana uma apresentação pouco típica das vasculites.



PO 206

EVOLUÇÃO FULMINANTE DE CARCINOMA DA MAMA METASTÁTICO: CASO CLÍNICO FATAL

Claudia Silva; Inês Pereira de Oliveira; Joana Oliveira Graça; Bernardo Silvério; Ana Lima Silva; Paulo Bandeira

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

IMAGEM EM MEDICINA

Doente do sexo feminino de 82 anos, admitida por dispneia, tosse produtiva e edema periférico com 2 dias de evolução. Antecedentes de relevo, fatores de risco cardiovasculares, síndrome demencial e carcinoma invasor da mama direita triplo negativo, com metastização cutânea, hepática, pulmonar e ganglionar. Radiografia torácica mostrou nova hipotransparência, colocando hipótese de progressão metastática ou infecção respiratória. Por apresentar clínica compatível e aumento dos parâmetros inflamatórios, iniciou antibioterapia e ficou internada. Evoluiu com agravamento respiratório e rápida progressão das lesões cutâneas mamárias, falecendo após 10 dias de internamento.



PO 209

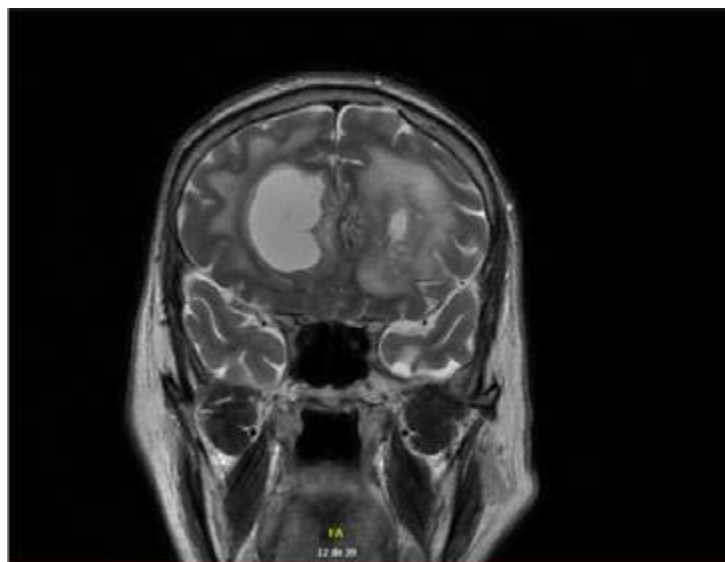
O QUE ESCONDE UMA DEMÊNCIA?

Sara Sousa; Angélica Freitas Lopes; Joana Balça Silva; Maria Joana Alvarenga; Maria Graça Lérias; Isabel Madruga

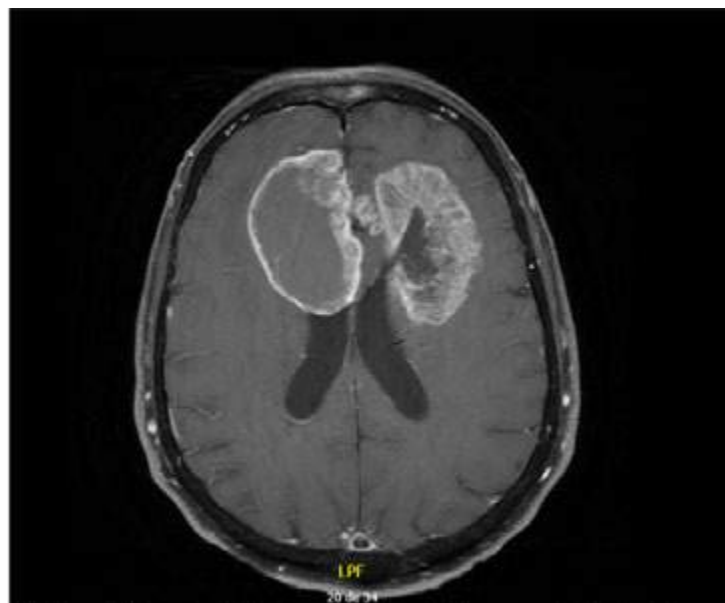
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

IMAGEM EM MEDICINA

Sexo masculino, 74 anos com história de Demência frontotemporal. Apresentou hiporreatividade, astenia e diminuição da mobilidade com 3 semanas de evolução. Exame neurológico: diminuição da força muscular no hemicorpo direito com rigidez do membro superior e mioclonias do membro inferior. Ressonância magnética crânio-encefálica: lesão expansiva intra-axial frontal anterior com extensão bilateral pelo corpo caloso, sugestivo de tumor glial de alto grau. São tumores agressivos e têm um prognóstico reservado, apresentando frequentemente imagem em “efeito borboleta” com envolvimento bihemisférico.



RM crânio-encefálica, corte coronal T2 FLAIR: lesão expansiva intra-axial volumosa na região frontal anterior com extensão bilateral pelo corpo caloso, sugestiva de tumor glial de alto grau.



RM crânio-encefálica, corte axial T1: lesão expansiva intra-axial volumosa na região frontal anterior, com extensão bilateral pelo corpo caloso, sugestiva de tumor glial de alto grau.

PO 210

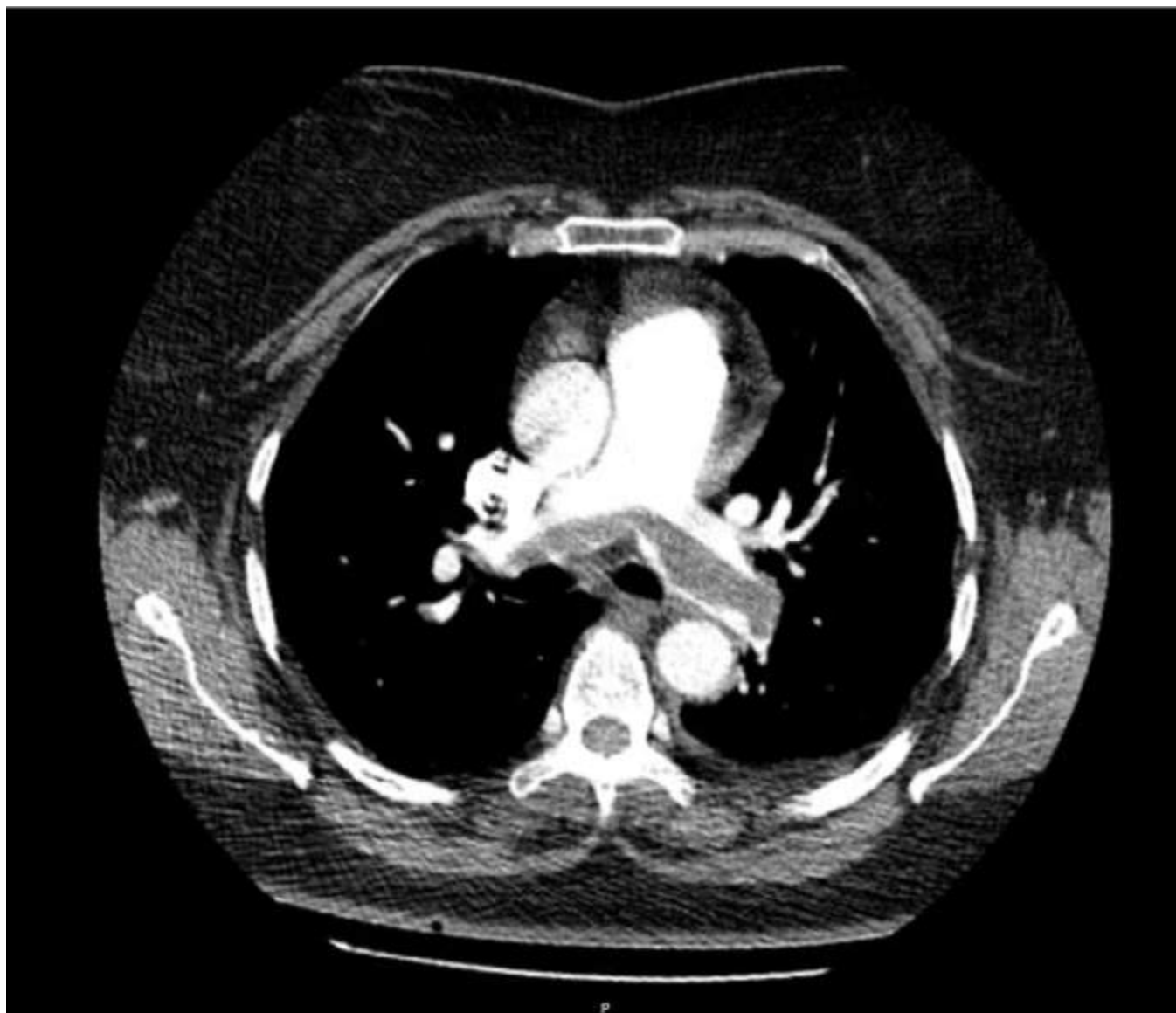
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM SELA

Mariana Amaral; Paula Mesquita; Karen Canizalez; João Fonseca

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

IMAGEM EM MEDICINA

Feminino, 53 anos, obesa, com antecedentes de fratura da tíbia direita há dois meses (sem trombopprofilaxia há um mês). Admitida por dor pleurítica à esquerda e dispneia com 4 dias de evolução. Apresentava-se eupneica sob 3L/min de O₂, com edema do membro inferior direito. A angio-TC torácica revelou extenso tromboembolismo pulmonar com imagem clássica em sela, com oclusão parcial das artérias pulmonares principais. A imagem ilustra a gravidade do quadro e a importância da suspeita clínica em doentes com fatores de risco major, permitindo a instituição célere de anticoagulação com sucesso.



PO 215

ENFISEMA SUBCUTÂNEO E OUTRAS COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS

Rute Painçal¹; Sara Ribeiro¹; Nuno Moreira²; Luciana Jorge Silva¹

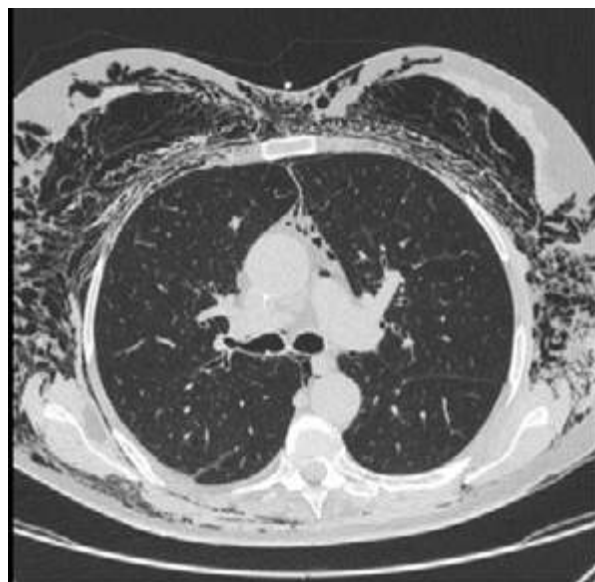
1. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

2. HOSPITAL DA LUZ ARRABIDA

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher de 74 anos com adenocarcinoma do cólon com metastização pulmonar submetida a recessão pulmonar transtorácica. Recorre ao Serviço de Urgência por dor e edema da hemiface direita. Objetivamente, crepitações e dor à palpação na hemiface e na região cervical direitas. TC de tórax com enfisema subcutâneo, pneumotórax e pneumomediastino. Internada sob oxigenoterapia de alto débito com evolução favorável sem necessidade de drenagem.

A extensão imagiológica pode ser grave até num doente estável, mantendo riscos de evolução desfavorável, exigindo um diagnóstico rápido e vigilância apertada.



PO 223

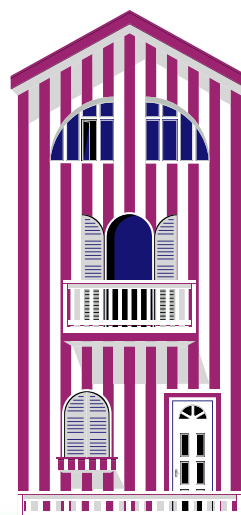
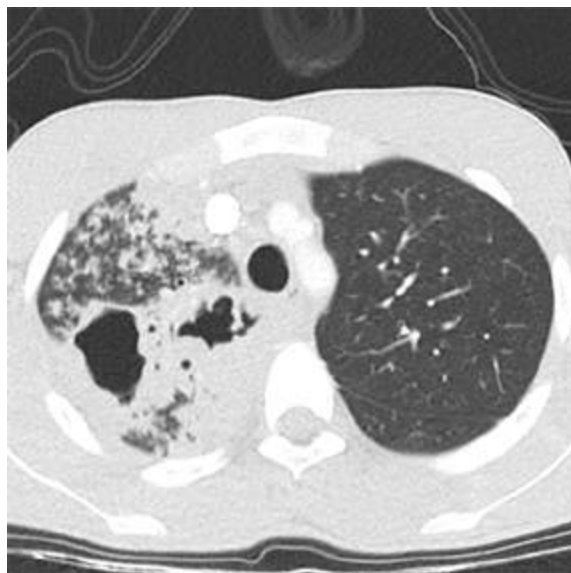
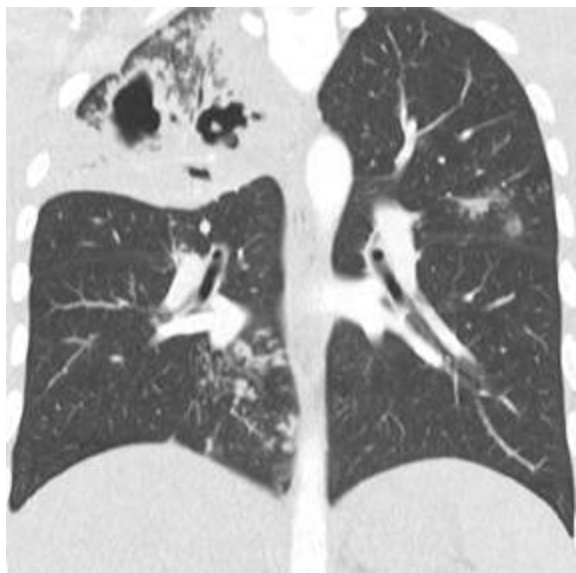
TUBERCULOSE PULMONAR ATIVA COM DISSEMINAÇÃO BRONCOGÉNICA: UM CASO ILUSTRATIVO

Sérgio Paiva; Mariana da Silva Alves; David Silva Martins; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Daniela Antunes; João Crespo Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

IMAGEM EM MEDICINA

Doente do sexo masculino, 20 anos, previamente saudável, recorre ao Serviço de Urgência por febre desde há 48 horas e tosse produtiva com 30 dias de evolução. Do exame objetivo, a destacar diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito à auscultação pulmonar. A radiografia torácica evidenciou hipotransparência no lobo superior direito. A TC torácica confirmou extensa consolidação pulmonar parenquimatosa com cavitações centrais, associada a condensações bilaterais em “tree-in-bud” e disseminação broncogénica. O estudo microbiológico foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Caso ilustrativo de tuberculose pulmonar ativa com disseminação broncogénica.



PO 225

METASTIZAÇÃO CUTÂNEA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO - UMA APRESENTAÇÃO FATAL

Joana Isabel Neto Gomes; Sara Durães; Rita Pinto Moreira; Diana Pereira Anjos

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE / HOSPITAL PADRE AMÉRICO, VALE DO SOUSA

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 66 anos, ex-pedreiro, fumador, com silicose e antecedentes de tuberculose. Recorre ao SU por dispneia, tosse e perda ponderal de 12% com 3 meses de evolução, associados ao aparecimento de nódulos subcutâneos frontais indolores e de crescimento rápido. A TC-tórax revelou micronódulos pulmonares com fibrose maciça. A biópsia brônquica realizada por broncofibroscopia confirmou carcinoma epidermóide do pulmão e a PET-CT mostrou captação nos nódulos faciais, compatível com metastização cutânea. O doente faleceu 6 meses após o diagnóstico. As metástases cutâneas do carcinoma epidermóide pulmonar são raras (12%) e associam-se a prognóstico ominoso, com sobrevida mediana de 4 meses.



PO 226

HEMATOMA ABDOMINAL EXTENSO SECUNDÁRIO A TOSSE: COMPLICAÇÃO RARA DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA

Rafaela Sá Azevedo; Rita Silva Costa; Mariana R. Afonso; Cátia Baptista; Inês Moura

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

IMAGEM EM MEDICINA

Homem, 61 anos, antiagregado por síndrome coronário agudo, é admitido por dor abdominal em facada, no flanco esquerdo, com irradiação dorsal ipsilateral, associada a dispneia e tosse produtiva hemoptóica, há 7 dias. Ao exame físico, hipotenso e com diminuição do murmúrio à esquerda e crepitações ipsilaterais, na auscultação pulmonar. Ainda, hematoma abdominal à esquerda, do umbigo até à coluna dorsal. Analiticamente, queda de hemoglobina e aumento dos parâmetros inflamatórios. TC-Tórax com herniação do parênquima pulmonar. Assume-se quadro de infeção respiratória, com tosse intensa, a condicionar hematoma abdominal, por estiramento dos músculos intercostais, com herniação pulmonar.



PO 231

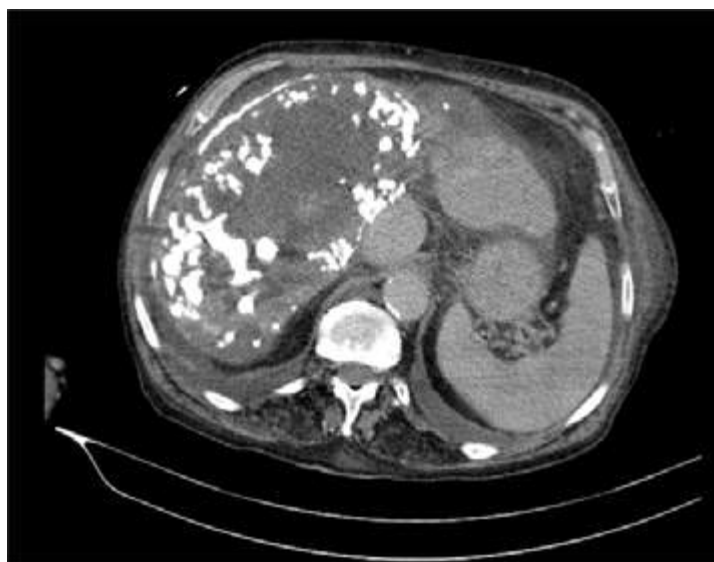
HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE: QUANDO A ATITUDE CONSERVADORA É A MAIS PRUDENTE

Dany Campos da Cruz; Laura Cainé; Carolina Oliveira; Daniel Rodrigues; Francisca Pereira; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

IMAGEM EM MEDICINA

Introdução: Mulher, 89 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e fibrilhação auricular. Observada em consulta por hemangioma hepático com 20 cm de maior diâmetro, de dimensões e características estáveis nos últimos 10 anos. Sem efeito de massa. Apesar de trombocitopenia discreta, não havia consumo de fibrinogénio, o que tornava menos provável uma Síndrome de Kasabach-Merritt associada. Atendendo às dimensões, à baixa reserva hepática provável do remanescente hepático e ao status funcional, optou-se por uma atitude conservadora, com vigilância de complicações



PO 235

EXPRESSÃO VASCULAR DA INFLAMAÇÃO SISTÊMICA

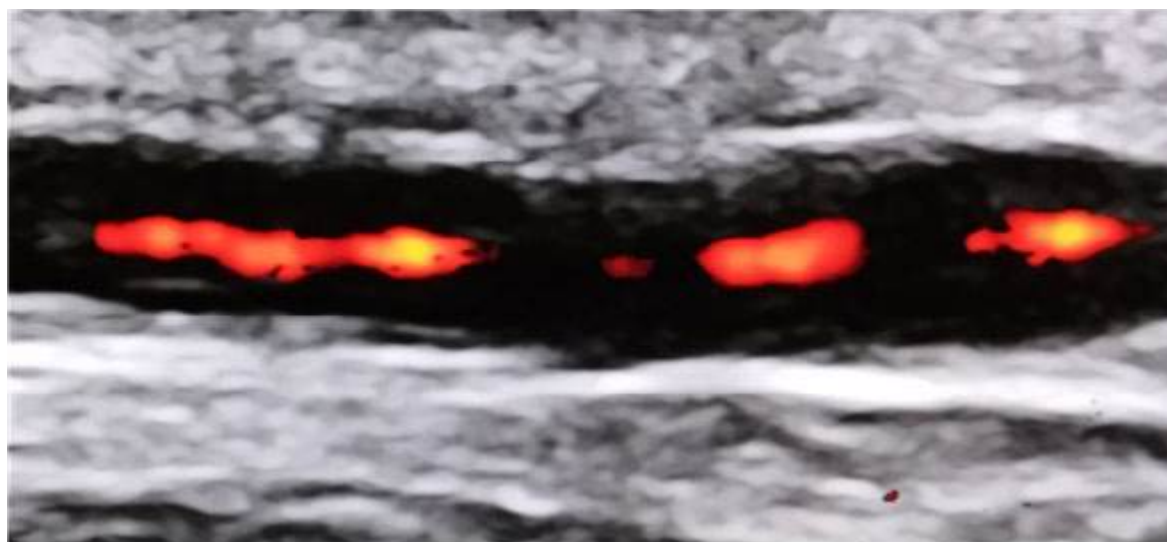
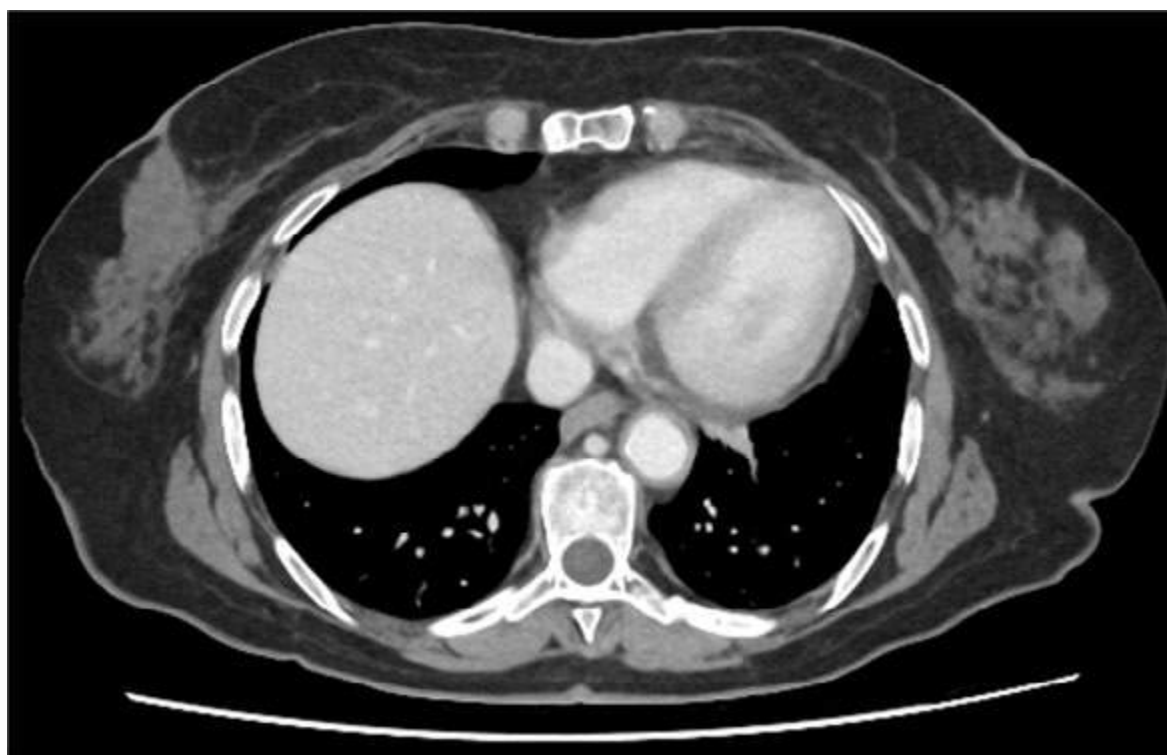
Ana Gabriela Paupério; Alexandra Machado; José Luís Brandão; Pedro Mesquita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ENTRE DOURO E VOUGA

IMAGEM EM MEDICINA

A arterite de células gigantes é a vasculite sistêmica mais comum em idosos, afetando artérias de médio e grande calibre.

Mulher de 78 anos recorreu à urgência por cefaleia, astenia e mialgias com 15 dias e febre à admissão. Analiticamente apresentava anemia (8,3g/dL), proteína c reativa de 151mg/L, velocidade de sedimentação >120mm e ferritina >2200ng/mL. Realizou tomografia que mostrou aortite e posteriormente ecodoppler que revelou halo inflamatório temporal esquerdo. Iniciou prednisolona 1mg/kg, com melhoria clínica.



PO 236

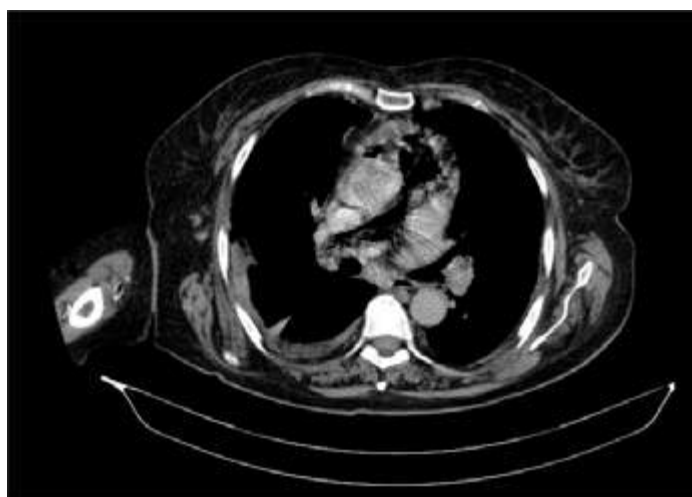
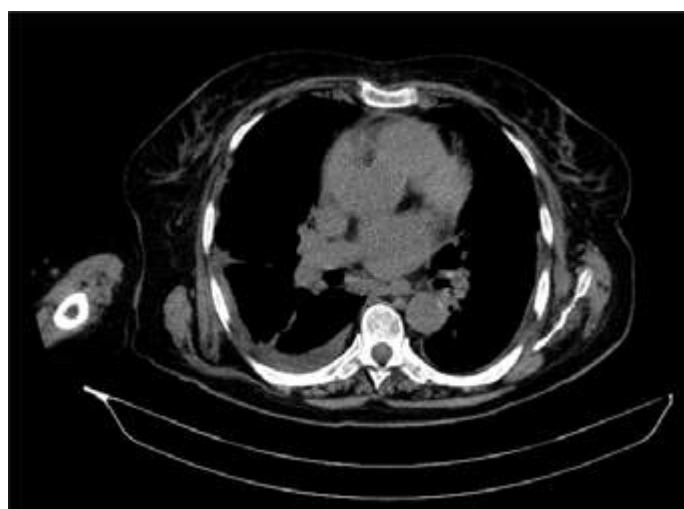
EMBOLIA GASOSA: UMA ETIOLOGIA INESPERADA

Dany Campos da Cruz; Carolina Oliveira; Laura Cainé; Francisca Pereira; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

IMAGEM EM MEDICINA

Mulher, 69 anos, internada por abscesso do psoas. Para reavaliação imagiológica, fez TC com contraste, tendo apresentado agravamento respiratório transitório durante o exame. A revisão das imagens revelou conteúdo gasoso no coração direito e na artéria pulmonar após injeção de contraste, ausente no exame simples realizado momentos antes. Repetiu posteriormente TC para reavaliação, não sendo evidente a presença de conteúdo gasoso residual. Foi assumida uma embolia gasosa associada à administração do contraste.



PO 240

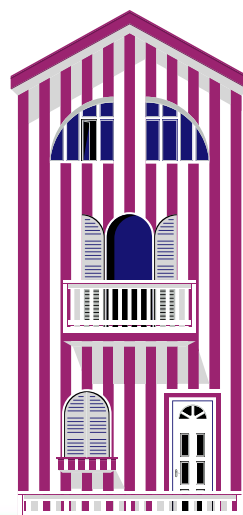
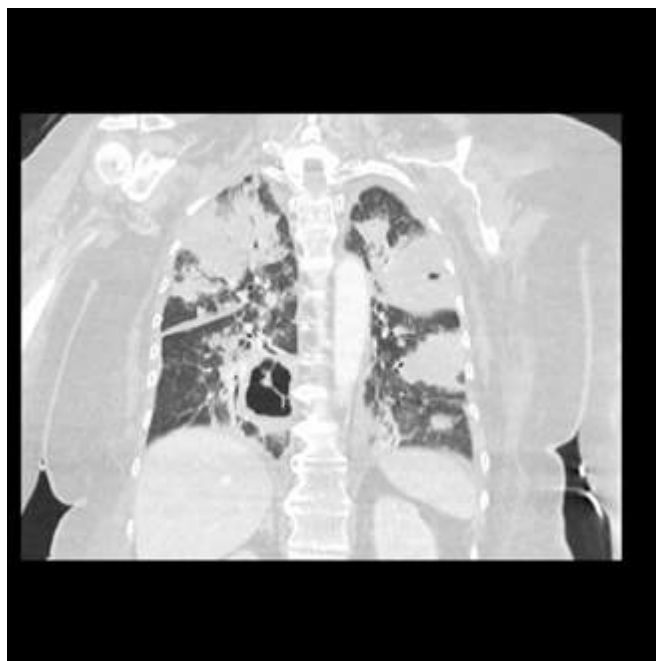
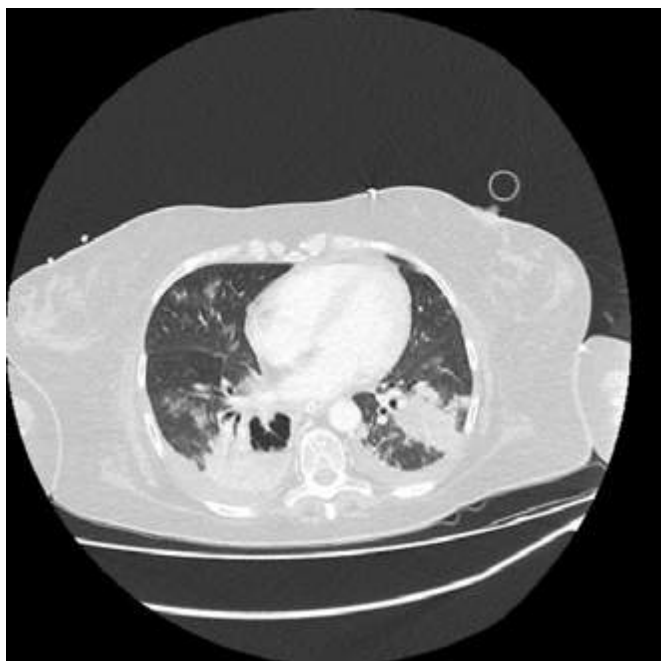
UMA ALIANÇA OPORTUNISTA: ASPERGILOSE E PNEUMOCISTOSE EM DOENTE SOB CORTICOTERAPIA.

Baltazar Gabriel Oliveira; Mariana da Silva Alves; Marta Amaro; Rita Calixto; Maria Aurora Duarte

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

IMAGEM EM MEDICINA

As infeções oportunistas são potencialmente fatais em doentes imunodeprimidos. A imunossupressão associada a doença oncológica e corticoterapia em alta dose aumenta significativamente este risco. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 67 anos, autónoma, com lesão ocupante de espaço, sob corticoterapia sistémica, que recorreu ao Serviço de Urgência por infeção respiratória inferior com insuficiência respiratória tipo 1 grave, motivando admissão em Cuidados Intensivos. O estudo microbiológico revelou pesquisas por PCR na expetoração positivas para *Aspergillus* spp. e *Pneumocystis jirovecii*. A TC de tórax documentou pneumonia necrotizante cavitada bilateral extensa.



PO 249

“CHIN-ON-CHEST”: UMA HIPERCIFOSE EXTREMA DOCUMENTADA EM TC

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Carina Silva; Daniel Rodrigues; Paula Felgueiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

IMAGEM EM MEDICINA

Homem de 63 anos, autônomo, recorreu ao SU por dispneia para esforços e edema periférico. Ao exame objetivo, destacava-se cifoescoliose acentuada. A TC torácica revelou deformidade cifótica cervicodorsal, sem alterações parenquimatosas. A reconstrução 3D confirmou deformidade estrutural grave da coluna torácica, compatível com hipercifose extrema “chin-on-chest”. Foi internado por insuficiência cardíaca descompensada com insuficiência respiratória tipo 2 e difícil desmame de oxigenoterapia. Após a alta, realizou espirometria que demonstrou síndrome ventilatório restritivo grave, estabelecendo relação causal entre deformidade esquelética e compromisso ventilatório.



PO 251

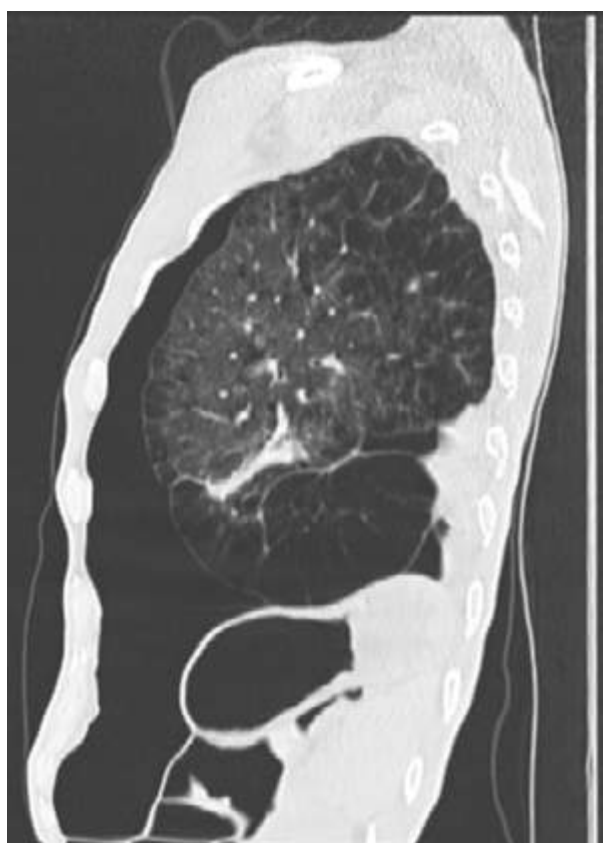
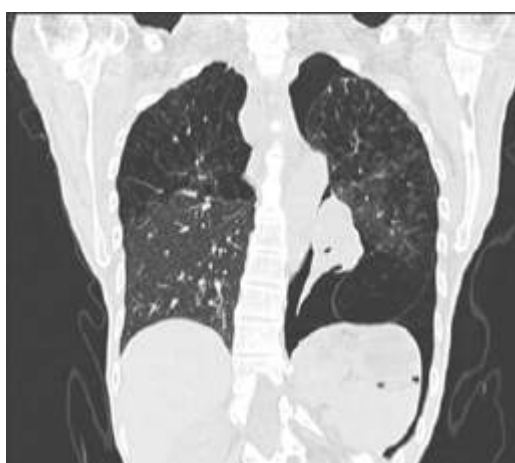
HOUSTON, PERDEMOS O DIAFRAGMA!

Margarida Oliveira; Sara Azevedo; Catarina Almeida; Catarina Reigota; Samuel Fonseca

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

IMAGEM EM MEDICINA

Hérnias diafragmáticas congénitas são raras em adultos e frequentemente achados incidentais. Homem, 48 anos, AP de poliomielite, fumador e em programa de substituição com metadona. Recorre ao SU por dispneia de esforço, dor pleurítica esquerda e tosse seca noturna há 1 mês. Sem trauma associado. Ao EO: emagrecido, taquipneico e MV diminuído à esquerda. Raio-X e TC tórax: hérnia diafragmática esquerda com ângulo esplênico do cólon em situação intratorácica e pneumotórax de moderado volume. Não se identificou a hemicúpula diafragmática ipsilateral. Realizada toracostomia ecoguiada com alívio.



PO 254

UM PIONÉS COMO CAUSA DE PNEUMONIA PÓS-OBSTRUTIVA

Maria João Vilela; Francisco Guerra Matos; Francisco Miguel Marujo Pinheiro; Fábio Dinis Alves; Carolina Maia Nogueira; Alexandre Carvalho

HOSPITAL DE BRAGA

IMAGEM EM MEDICINA

Homem de 79 anos, com antecedentes de demência, DPOC e infeções respiratórias recorrentes, internado por insuficiência respiratória associada a pneumonia lobar inferior direita. A revisão da TC torácica (com achados desde 2021), correlacionada com radiografia, identificou um artefacto metálico linear no brônquio principal direito, previamente descrito como nódulo inespecífico. Confirmou-se pneumonia pós-obstrutiva após remoção de pionés por broncofibroscopia. Este caso evidencia o desafio diagnóstico do corpo estranho endobrônquico no idoso e o papel crucial da imagem.

